

DE

N° 7

# L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE

DE LA PATHOGENIE ET DU TRAITEMENT

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 20 février 1883

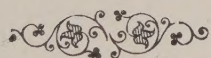
PAR

**François CHÈNE**

Né à Sorède (Pyrénées-Orientales)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Pour obtenir le titre de Docteur en médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5  
1883

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✱ ✱.... DOYEN  
 CASTAN..... } ASSESSEURS  
 COMBAL ✱ ✱..... }

## Professeurs.

*Opérations et appareils.*  
*Pathologie externe.*  
*Accouchements.*  
*Clinique médicale.*  
*Anatomie.*  
*Clinique chirurgicale.*  
*Clinique médicale.*  
*Clinique des maladies mentales et nerveuses.*  
*Physique médicale.*  
*Anatomie patholog. et histologie.*  
*Médecine légale et toxicologie.*  
*Clinique chirurgicale.*  
*Chimie médicale et Pharmacie.*  
*Hygiène.*  
*Pathologie médicale.*  
*Thérapeutique et Matière médic.*  
*Botanique et Histoire Natur. méd.*  
*Physiologie, chargé du cours.*

MESSIEURS :  
 BOUISSON, O. ✱ ✱, D. HON.  
 BOYER ✱.  
 DUMAS ✱.  
 DUPRÉ ✱ C ✱.  
 BENOIT ✱ ✱.  
 COURTY ✱.  
 COMBAL ✱ ✱.  
 CAVALIER ✱.

MOITESSIER ✱.  
 ESTOR  
 JAUMES.  
 DUBRUEIL ✱.  
 ENGEL.  
 BERTIN-SANS.  
 CASTAN.  
 GRASSET.  
 PLANCHON ✱ ✱.  
 LANNEGRACE.

MARTINS (O. ✱) FONSSAGRIVES (O. ✱), Professeurs honoraires.

## Chargés de Cours :

*Clinique des maladies des enfants.* MM. BATTLE, agrégé.  
*Clinique des mal. syphilit. et cutan.* \* GAYRAUD, agrégé.  
*Clinique des maladies des vieillards.* HAMELIN, agrégé.

## Agrégés.

### MESSIEURS :

JACQUEMET.  
 PÉCHOLIER.  
 HAMELIN.  
 GRYNFELTT.  
 DE GIRARD.  
 SERRE.  
 ROUSTAN.  
 CARRIEU.

### MESSIEURS :

MAIRET.  
 CHALOT.  
 BIMAR.  
 LANNEGRACE.  
 MOSSÉ.  
 REGIMBEAU ✱.  
 TÉDENAT.  
 DUMAS fils.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

## Examineurs de la Thèse :

MM. BERTIN-SANS, président;  
 ESTOR, professeur;  
 JACQUEMET, agrégé.  
 PÉCHOLIER, agrégé;

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

F. CHÈNE.

**A Monsieur le Docteur LENOIR**

Médecin-Major de 1<sup>re</sup> classe  
Chevalier de la Légion d'honneur

**A Monsieur le Docteur YVERT**

Médecin-Major de 2<sup>e</sup> classe

**F. CHÈNE.**

*A mon Président de Thèse*

Monsieur le Professeur BERTIN-SANS

A Monsieur le Docteur MOSSÉ

Professeur-Agrégé

A Monsieur le Docteur NICATI (de Marseille)

F. CHÈNE.

*A mes Amis*

**MM. les Docteurs CAMBOULIU, FABRE, MIRAPEIX, LUTRAND,  
POUGET, RUFFIANDIS**

**F. CHÈNE.**

## AVANT - PROPOS.

---

On appelle ophtalmie sympathique, l'ensemble des troubles fonctionnels ou trophiques que provoquent dans un œil sain les lésions traumatiques ou spontanées de l'autre œil.

Nous trouvons la première mention de cette maladie dans l'ouvrage de Mackenzie (1), paru en 1844. Mais pour ne dater que de cette époque, l'ophtalmie sympathique n'en possède pas moins à son actif des travaux considérables.

Tavignot, Henri Müller, Taylor, Brondeau Pagenstecher, de Graefe, Rondeau, Mooren, etc. etc., étudient les divers points de son histoire : une lumière à peu près complète est faite sur les causes et les symptômes de cette maladie.

Mais l'embarras est grand, quand on veut expliquer pourquoi l'œil sain d'abord devient malade ; pourquoi l'ophtalmie sympathique se produit presque instantanément dans un cas et met de longues années à se manifester dans l'autre : on n'est pas encore d'accord sur le point de départ de l'irritation ni sur la voie qu'elle suit pour arriver au second œil.

De nombreuses hypothèses ont été émises à ce sujet : ce sont ces hypothèses que nous voulons étudier avec quelque détail. Nous examinerons quelle est celle qui concorde le plus avec les observations que nous rapportons et aussi avec les cas publiés par les différents auteurs qui ont étudié cette question.

(1) Mackenzie, Traité des maladies des yeux, 1844.

Les théories pathogéniques n'auraient aucune sanction si elles ne devaient aboutir à faire connaître le traitement le plus rationnel d'une maladie. Nous dirons donc quelques mots des moyens qui ont été ou qui sont encore en usage pour combattre cette affection.

Avant d'exposer les diverses théories pathogéniques de l'ophtalmie sympathique, nous avons jugé indispensable de décrire les systèmes nerveux et circulatoire du globe oculaire. Il est, croyons-nous, superflu de faire ressortir les avantages d'un pareil chapitre.

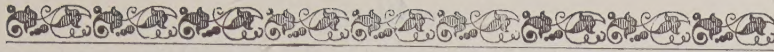
Tel est le plan du modeste travail que nous soumettons à l'approbation de nos Maîtres.

Avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis d'adresser nos plus sincères remerciements au D<sup>r</sup> Nicati, de Marseille.

Il a mis à notre disposition, avec la plus grande bienveillance, trois observations recueillies dans sa clinique ; il a bien voulu, en outre, nous traduire du hollandais une publication de H. Snellen (1), dans laquelle se trouve décrite la théorie pathogénique que ce savant professeur a exposée à la section ophtalmologique du congrès de Londres en 1881.

---

(1) Snellen, *Sympathische ophtalmie*, 1882.



DE

# L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE

DE LA PATHOGÉNIE ET DU TRAITEMENT

---

## CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

Pour bien comprendre ce que nous avons à dire sur la pathogénie de l'ophtalmie sympathique, il nous semble nécessaire de décrire rapidement l'innervation et la circulation de l'œil.

**INNERVATION.** — L'œil est innervé par le nerf optique (sensibilité spéciale) et par les nerfs ciliaires (sensibilité générale).

*Nerf optique.* — La rétine est formée par l'épanouissement du nerf optique. Arrivé dans l'intérieur de la boîte crânienne, celui-ci forme avec son congénère le chiasma des nerfs optiques; au-delà, ces deux nerfs se continuent par les bandelettes optiques, que l'on peut suivre dans l'encéphale jusqu'aux corps genouillés.

Pour la plupart des anatomistes, les bandelettes optiques s'entrecroisent, mais en partie seulement, leurs fibres internes passant du côté opposé, les externes restant accolées au même tronc dans toute son étendue, depuis le globe oculaire jusqu'aux tubercules quadrijumeaux. Voici, d'après Sappey (1), la structure des nerfs optiques: « On trouve des fibres externes qui suivent un trajet direct et des fibres internes qui passent du côté opposé en s'entrecroisant sur la partie moyenne du chiasma, de telle sorte qu'au-delà de cette commissure, chaque tronc nerveux se trouve formé, en dehors par des fibres émanées du même côté, en dedans par des fibres venues du côté opposé. Indépendamment des fibres directes et entrecroisées, on observe sur le bord postérieur du chiasma des fibres en arcades dont les extrémités répondent de chaque côté aux tubercules quadrijumeaux; ces fibres n'existent pas constamment. En opposition à celles-ci, il en existe d'autres, situées au-devant du chiasma et tournées en sens contraire, dont les extrémités se perdent dans les rétines. »

La pie-mère accompagne les nerfs à leur sortie du crâne et constitue leur névrilème, tandis que la dure-mère se continue avec le périoste au pourtour du trou de sortie des nerfs. La pie-mère accompagne donc le nerf optique jusqu'à son épanouissement dans la rétine; mais la dure-mère lui fournit également une gaine qui se prolonge jusqu'à la sclérotique avec laquelle elle se continue. Dans la portion intra-oculaire, le nerf optique présente donc deux gaines superposées; ces deux gaines n'adhèrent pas l'une à l'autre, et il existe entre elles un espace virtuel.

*Nerfs ciliaires.* — La cornée, l'iris et le corps ciliaire sont très riches en fibres nerveuses dont la terminaison n'est pas

(1) Sappey, Traité d'anatomie descriptive.

bien connue, si ce n'est pour la cornée. Ces fibres forment des plexus abondants, surtout dans l'épaisseur du corps ciliaire et du muscle accommodateur. En ce point, certains auteurs (Scemmering, Gall, Arnold) ont même voulu voir un véritable ganglion (ganglion ciliaire). Ces rameaux et ramuscules se réunissent pour former les nerfs ciliaires, qui cheminent parallèlement dans la *lamina fusca*, couche de tissu cellulaire très lâche, placée entre la sclérotique et la choroïde; puis, arrivés dans le segment postérieur et non loin de l'insertion du nerf optique, ils traversent la sclérotique et se rendent dans le ganglion ophtalmique, mais non point tous, car quelques rameaux isolés gagnent le nerf nasal: ce sont les ciliaires directs.

Le ganglion ophtalmique reçoit trois branches, l'une du grand sympathique, l'autre du moteur oculaire commun (racine motrice), la troisième du nasal (racine sensitive).

La racine sympathique possède des fibres centripètes et des fibres centrifuges; ces dernières se rendent au muscle radié de l'iris; les fibres centripètes vont dans le plexus carotidien, où il existe des anastomoses avec le ganglion cervical supérieur, lequel est lui-même en communication avec les centres de la moelle et du bulbe.

Le nasal, le frontal et le lacrymal, après avoir franchi l'orbite par la fente sphénoïdale, se réunissent pour constituer le nerf ophtalmique. Les différents rameaux qui proviennent soit de l'œil, soit de l'orbite, se trouvent ainsi réunis, et l'ophtalmique pénètre dans le ganglion de Gasser. A ce moment, ce nerf est abordé par des filets sympathiques.

L'ophtalmique de Willis, doublé des deux maxillaires, forme le trijumeau qui pénètre dans la protubérance; et après ce court trajet intra-encéphalique, arrive à son noyau d'origine dans l'épaisseur du bulbe. D'après certains auteurs, le nerf de la cinquième paire posséderait quelques fibres vaso-

motrices à sa partie interne, qui lui seraient fournies directement par le grand sympathique.

CIRCULATION. — Nous avons vu que l'iris et la choroïde sont très riches en filets nerveux ; leur vascularisation est également très grande et les nombreuses communications qui existent entre les vaisseaux de ces deux membranes expliquent la fréquence de leur inflammation simultanée.

Les *artères* de l'iris et de la choroïde viennent de l'ophtalmique, ce sont :

1° Les *artères ciliaires courtes postérieures*, au nombre de quinze à vingt, forment une couronne au nerf optique, perforent la sclérotique et se distribuent à la moitié postérieure de la choroïde.

2° Les *artères ciliaires longues*, au nombre de deux, traversent la sclérotique au niveau de l'entrée du nerf optique dans le globe oculaire et cheminent entre la sclérotique et la choroïde en suivant le diamètre transversal de l'œil ; au voisinage de l'iris, elles se bifurquent pour former avec les ciliaires antérieures le grand cercle artériel de l'iris.

3° Les *artères ciliaires antérieures*, au nombre de trois ou quatre de chaque côté, perforent la sclérotique au niveau de l'iris.

Du grand cercle artériel de l'iris, formé par les anastomoses des ciliaires longues et des ciliaires antérieures, partent des rameaux dont les uns se rendent à l'iris et vont former autour de la pupille un second cercle artériel, et dont les autres se distribuent à la partie antérieure de la choroïde, aux procès ciliaires et au muscle ciliaire.

Les *veines* de l'iris et de la choroïde se réunissent pour former les *vasa vorticosa*, quatre troncs qui vont se jeter dans la veine ophtalmique. D'autres veines plus petites se rendent dans les réseaux veineux du tissu sous-conjonctival. Le sys-

tème vasculaire de la rétine est composé de l'artère et de la veine centrale de la rétine. Ces deux vaisseaux pénètrent dans le nerf optique à deux centimètres du bulbe et arrivent au centre de la rétine. Là, ils se divisent chacun en deux branches, dirigées l'une en haut et l'autre en bas. Un réseau très fin existe dans les couches de la rétine ; la fosse centrale est complètement dépourvue de vaisseaux : ce système vasculaire est à peu près indépendant.

Le globe oculaire posséderait, d'après certains auteurs, un *système lymphatique* très développé. Schwalbe (1) signale plusieurs *espaces lymphatiques*, destinés à porter la lymphe de l'œil dans le courant lymphatique ; il décrit trois voies différentes :

La première, dite antérieure, reçoit la lymphe de l'iris et du corps ciliaire ; la chambre antérieure en est le principal réservoir et communique directement avec les veines ciliaires antérieures par l'intermédiaire du canal de Schlemm.

La deuxième voie, postérieure, renferme la lymphe qui vient de la choroïde et de la sclérotique ; elle est constituée par l'espace compris entre ces deux membranes, depuis le corps ciliaire jusqu'à l'insertion péri-optique de la choroïde, espace que l'on croyait occupé simplement par le tissu cellulaire lâche de la *lamina fusca*. Schwalbe considère cela comme un espace lymphatique ; les injections s'y répandent avec la plus grande facilité, traversent la sclérotique avec les *vasa vorticosa* et gagnent ensuite un autre espace situé entre la sclérotique et la capsule de Tenon (*espace lymphatique de Tenon*). Cet espace se prolonge en avant presque jusqu'au bord de la cornée et enveloppe en arrière la gaine externe du nerf optique (*espace sus-vaginal*) jusqu'au trou optique.

(1) G. Schwalbe, *Untersuchungen über die Lymphbahnen des Auges und ihre Begrenzungen* (Schultz Archiv, t. vi, p. A).

A ce niveau, il communique avec la cavité crânienne et l'injection, continuant à suivre les voies lymphatiques, arrive dans les ganglions cervicaux.

La troisième voie, postérieure aussi, renferme la lymphe qui vient de la rétine et du nerf optique. Cet espace est compris entre la gaine externe fibreuse du nerf optique et la gaine interne ; en avant, il se termine en cul-de-sac au niveau du point de pénétration du nerf dans la sclérotique au niveau de la lame criblée ; en arrière, il communique avec la cavité arachnoïdienne, de telle sorte que les liquides contenus dans l'intérieur du crâne peuvent fuser dans cet espace, s'accumuler à l'extrémité oculaire du nerf et le comprimer.

D'après Schwalbe, tous ces espaces sont revêtus d'un endothélium.

Certains auteurs, Leber entr'autres, comparent ces espaces aux cavités séreuses des autres régions aux cavités arachnoïdienne, pleurale, péricardique qui, elles aussi, ont une surface recouverte par de l'endothélium. De plus, elles ont un but physiologique semblable, faciliter le glissement des organes qu'elles renferment ou qu'elles supportent.

## PATHOGÉNIE.

Les théories pathogéniques de l'ophtalmie sympathique sont, avons-nous dit, très-nombreuses. La première en date est celle de Himly (1) qui explique les troubles du second œil par la propagation d'une irritation allant de l'œil malade à l'œil sain, en suivant les aponévroses orbitaires, le périoste et les méninges.

Cette théorie fut bientôt rejetée; aujourd'hui, on semble vouloir la faire revivre en y ajoutant un élément parasitaire. Nous en parlerons plus loin.

On a également émis, dès les premiers temps, l'hypothèse suivante : les vaisseaux sanguins de l'œil blessé sont en état de congestion : qu'ils transmettent à ceux du côté opposé, grâce à leurs nombreuses anastomoses, une disposition semblable à celle dans laquelle ils se trouvent eux-mêmes, et l'ophtalmie fera son apparition.

Cette théorie eut encore moins de succès que la première; elle était trop contraire à l'observation.

Il était réservé à Mackenzie (2) de donner le premier, en même temps qu'une description à peu près irréprochable des formes de l'ophtalmie sympathique, une explication raisonnable de cette maladie. Il pense que l'inflammation se propage par *continuité* le long du nerf optique. « La principale voie, dit ce chirurgien, par laquelle se produit l'ophtalmie sympathique, est l'union des nerfs optiques; il est

(1) Himly, *Die Krankheiten und Missbildungen des menschl. Auges*. Berlin, 1843, Band I.

(2) Mackenzie, *loc. cit.*

extrêmement probable que la rétine de l'œil blessé est dans un état d'inflammation qui se propage le long du nerf optique jusqu'au chiasma, et puis, de là, l'irritation inflammatoire est réfléchie à la rétine de l'œil opposé le long de son nerf optique. »

Cette théorie fut combattue par Taignot (1) dès 1849, par Henri Müller (2) en 1858, puis par Pagenstecher (3) et Czerny (4). Müller et Pagenstecher firent voir que l'influence pernicieuse était exercée par les ciliaires et non par le nerf optique. Ils démontrèrent que l'ophtalmie sympathique pouvait se produire dans des yeux dont les nerfs optiques étaient complètement atrophiés, tandis que les nerfs ciliaires étaient relativement sains.

Pagenstecher a même rapporté une observation dans laquelle l'ophtalmie sympathique s'était déclarée, quoique le nerf optique fut complètement rompu.

Czerny, dans l'examen histologique des nerfs ciliaires, trouva des lésions que l'on peut rattacher à la névrite ; de Graefe (5) fit remarquer que le bulbe oculaire était douloureux à la pression, et cette excitation ne peut évidemment gagner les centres que par l'intermédiaire des nerfs ciliaires. Pour toutes ces raisons et aussi à cause du côté séduisant de la théorie de Müller, qui appliquait le résultat des expériences de Claude Bernard (6) et de Brown-Séguard (7) sur les

(1) Taignot, De l'iritis sympathique (*Gaz. des hôp.* 1849).

(2) Henri Müller, Comparaison de l'atrophie des nerfs ciliaire et optique (*Archiv. für ophth.*)

(3) Pagenstecher, *Arch. für ophth.*

(4) Czerny, *Bericht ueber die Wiener augenlinik*, Wien, 1867.

(5) De Graefe, *Arch. für ophth.*, 1866.

(6) Claude Bernard, *Système nerveux*, t. II, p. 65, 1865.

(7) Brown-Séguard, *Lectures on physiology and pathology*, Philadelphia, 1860, p. 1451.

vaso-moteurs, la théorie de Mackenzie fut abandonnée. Toutefois, certains auteurs, entr'autres Cohn (1), Colsmann (2) et Mooren (3) semblent vouloir la faire revivre; il existe, en effet, des observations où l'ophtalmie sympathique ne pourrait être expliquée autrement. Tels sont les cas observés par Cohn dans lesquels les troubles sympathiques n'eurent pour point de départ que les lésions du nerf optique et de la rétine, ceux que Colsmann a décrits sous le nom de *névrite migrante sympathique*: ils s'agit dans l'observation personnelle rapportée par Colsmann, d'un cas où, peu de jours après l'énucléation, nécessitée par une irido-cyclite traumatique avec atrophie du bulbe, l'autre œil parfaitement sain jusqu'alors, fut pris de neuro-rétinite. Deux autres cas, absolument identiques, empruntés le premier à Mooren et l'autre à Müller, lui permirent d'en attribuer la cause à l'inflammation de l'espace vaginal, laquelle, partant du point sectionné, se serait ainsi propagée jusque dans la gaine du côté opposé. Enfin, Mooren affirme avoir vu des accidents sympathiques se manifester par suite de lésions du nerf optique et disparaître après la section de ce nerf.

Aujourd'hui on admet avec Tavignot, Müller, Pagentecher, etc., que le point de départ de l'irritation se trouve dans les nerfs ciliaires. On s'appuie d'abord sur les raisons données plus haut; on a de plus remarqué que l'ophtalmie sympathique se développe surtout quand les plaies de la cornée sont accompagnées d'une hernie de l'iris (observation VIII); quand l'iris ou le corps ciliaire a été lésé à la suite d'un traumatisme (observation III); quand un corps étranger resté dans la plaie irrite le tractus uvéal.

(1) Cohn, *Klin monatsbl. für augenheil*, 1871.

(2) Colsmann, Congrès ophth. de Heidelberg.

(3) Mooren, Des affections sympathiques de la vue. Trad. A. Lebeau, 1870.

Warlomont (1), Snellen et Mooren ont donné des observations dans lesquelles l'application d'un œil en verre a fait éclater des accidents sympathiques. Dans l'œil sympathisant, la pièce artificielle avait provoqué des douleurs quelquefois irradiées le long des subdivisions du nerf ophtalmique et qui disparurent avec l'affection sympathique quand on eut enlevé l'œil artificiel.

A côté de ces faits, nous pouvons placer le cas d'un malade dont l'observation nous a été communiquée par le docteur Nicati (de Marseille). Le nommé X. se présente à sa clinique, l'œil droit atteint de traumatisme. Afin de prévenir l'ophtalmie sympathique, l'énucléation est pratiquée. On applique une suture circulaire. L'opération se termine sans accident. Néanmoins, il se manifeste du côté de l'œil gauche des symptômes de kérato-iritis. Le moignon est un peu douloureux. Il s'y forme un petit abcès qui s'ouvre à l'extérieur et on y découvre un morceau de fil de suture resté dans la plaie. Après l'extraction de ce fragment de fil, les symptômes de l'autre œil disparaissent comme par enchantement.

Dolbeau a signalé dans sa clinique chirurgicale la production de masses osseuses au centre de vieux moignons oculaires. Ces concrétions osseuses, nées aux dépens des restes de la choroïde, jouent le rôle de corps étrangers et deviennent une cause très active d'irritation sympathique.

L'irritation part donc des nerfs ciliaires. Mais comment se fait la transmission de l'irritation à l'autre œil ? Certains auteurs admettent l'action des vaso-moteurs; d'autres une névrite ascendante.

Commençons par la théorie vaso-motrice, la première en date.

Les arguments que font valoir les partisans de cette théorie

(1) Warlomont, *Annales d'oculistique*, t. LXXV et LXXVI.

sont tirés de la physiologie d'abord, de l'observation clinique ensuite. Pour Rondeau (1), les phénomènes qui se passent dans l'œil sain par suite d'un traumatisme ou d'une lésion spontanée de l'autre, présentent une certaine analogie avec ce qui a lieu dans l'expérience de Brown-Séquard et Tholozan : quand on plonge une main dans de l'eau à zéro, elle perd de 10 à 18 degrés, en même temps la main qui n'a pas été immergée éprouve un abaissement de température de 1 à 10 degrés. Brown-Séquard (2) explique ce phénomène de la façon suivante : l'excitation qui part de la main plongée dans l'eau, arrive dans la moelle, s'y réfléchit sur les vaso-moteurs des deux membres thoraciques pour déterminer la contraction des vaisseaux, d'où abaissement de la température dans la main non immergée. « Dans le sujet qui nous occupe, dit Rondeau (3), il doit se passer un phénomène analogue. Les nerfs de sensibilité du globe oculaire excités, soit par un instrument tranchant, piquant ou contondant, soit par un agent chimique ou par la présence d'un corps étranger, transmettent l'impression au centre nerveux au moyen de la communication du filet sensitif du ganglion ciliaire avec le rameau nasal, branche de l'ophtalmique. Les cellules nerveuses du centre encéphalique réagissent sur les vaso-moteurs de l'autre œil. »

D'après Follin (4), « ce sont des congestions réflexes des vaisseaux capillaires qu'on observe dans cette forme de maladie des yeux qu'on a nommée ophtalmie sympathique et qui arrive dans certains cas sur un œil sain lorsque l'autre a été blessé. »

(1) Rondeau, thèse de Doctorat, Paris, 1866.

(2) Brown-Séquard, *loc. cit.*

(3) Rondeau, *loc. cit.*

(4) Follin, Leçons sur l'exploration de l'œil.

Vulpian (1) et Snellen ont fait des expériences qui démontrent que l'excitation d'un nerf sensitif se traduit par une augmentation de tension vasculaire.

Cette théorie explique la rapidité avec laquelle apparaissent certains symptômes quand on irrite les extrémités des nerfs ciliaires, et la rapidité avec laquelle ils disparaissent quand on fait cesser l'irritation.

Dransart (2) cite un cas d'ophtalmie sympathique à l'œil gauche à la suite d'un traumatisme de l'œil droit, dans lequel on constate une diminution considérable du calibre des artères qui sont filiformes et sans double contour; en même temps on les voit animées de battements. On pratique l'iridectomie à droite, les artères reprennent leur aspect normal à gauche; au bout de quelque temps, les accidents se reproduisent sous la même forme dans l'œil gauche. Nouvelle iridectomie à droite, nouvelle disparition des troubles vasculaires à gauche. Troisième rechute, troisième opération et cette fois encore nouveau succès. « Ne semble-t-il pas, ajoute Dransart, qu'on assiste à des expériences sur l'excitation du grand sympathique au point de vue de la contraction des artérioles? »

Après des troubles circulatoires fréquents, les différents milieux et membranes de l'œil subiraient des altérations diverses.

Cette hypothèse, admise jusqu'à ces dernières années, a été battue en brèche. On lui reproche d'être en contradiction avec une loi de physiologie générale établie par les expérimentateurs et les anatomistes de notre époque: jamais les troubles neuro-paralytiques, aussi intenses qu'on puisse les supposer, n'ont produit d'inflammations franches ou d'altérations trophiques semblables à celles qui caractérisent

(1) Vulpian, Leçons sur l'appareil vaso-moteur.

(2) Dransart, thèse de Doctorat, Paris, 1873.

l'ophtalmie sympathique. Tout au plus la théorie vaso-motrice pourrait expliquer les cas d'ophtalmie sympathique observés par Dransart et Abadie et qui sont caractérisés par une tétanie artérielle.

Voici maintenant la théorie de la névrite ascendante exposée, presque en même temps, par Reclus (1), dans sa thèse d'agrégation, et par le Dr Goldzieher, dans les feuilles mensuelles d'ophtalmologie. Elle est basée sur l'influence qu'exerce le trijumeau sur la nutrition de l'œil, influence démontrée par les expériences de Magendie et de Longet. La section de ce nerf pratiquée en avant du ganglion de Gasser, amène dans l'œil correspondant une hyperhémie de la conjonctive, des ulcérations de la cornée, des exsudats de l'iris et de la choroïde et pour finir une fonte purulente. Mais quand les uns ne voyaient dans cette fonte purulente que la conséquence de troubles trophiques, d'autres prétendaient que la section du trijumeau entraînant l'insensibilité de l'œil, les traumatismes que subissait cet organe étaient la seule cause des accidents remarqués. Snellen (2) prétendait qu'on empêche cette soi-disant inflammation, si l'on protège l'œil contre les offenses extérieures. C'est ce qu'il obtenait, après la section du trijumeau, en amenant devant l'œil du lapin en expérience, l'oreille avoisinante. Malgré les expériences contradictoires de Snellen, la plupart des physiologistes admettent l'influence trophique du trijumeau. En quelque endroit qu'on pratique la section du trijumeau, en avant du ganglion de Gasser, sur le ganglion lui-même, enfin, entre le ganglion et l'origine apparente du nerf, les altérations nutritives, telles qu'elles ont été décrites par les expérimentateurs cités plus haut, ne tardent pas à se montrer.

(1) Paul Reclus, thèse d'agrégation, Paris, 1878.

(2) Snellen, *De invloed der zenuwen op de outsieming*. Utrecht, 1857.

L'influence du trijumeau sur la nutrition du globe oculaire, une fois bien admise, il reste à démontrer que ce nerf, dans l'ophtalmie sympathique, se trouve lésé dans tout son parcours ou du moins dans la plus grande partie. Ici les preuves directes manquent, les examens anatomo-pathologiques font défaut. On n'a jamais poussé l'examen histologique au-delà des ciliaires, et les partisans de cette théorie sont obligés de raisonner par analogie.

Depuis 1873, le professeur Hayem (1) publie une série de mémoires sur la névrite ascendante; il y montre que consécutivement aux traumatismes des nerfs, section, résection, écrasement, irritation à l'aide de diverses substances, il peut se produire dans la moelle des lésions plus ou moins profondes, caractérisées par une myélite diffuse, parfois peu marquée, parfois très intense. Ces lésions médullaires seraient la conséquence d'une simple propagation, grâce peut-être aux gaines lymphatiques qui se trouvent autour des fibres nerveuses. On trouve, en effet, dans le bout central du nerf irrité de la névrite interstitielle et presque toujours, quelques tubes nerveux altérés, un gonflement monoliforme des cylindres d'axe et une multiplication de quelques gaines avec dégénérescence granulo-graisseuse de la myéline. Cette irritation ascendante qui, par le bout central du nerf, se propage jusqu'à la moelle, joue certainement, d'après M. Hayem, un rôle prédominant dans la pathogénie des lésions trophiques, car dans la plupart des expériences, il a vu que les lésions de la moelle, d'abord contenues dans le côté correspondant au nerf lésé, gagnent plus ou moins le côté opposé. Dans des cas d'amputation ancienne, on aurait, paraît-il, observé des phénomènes semblables.

(1) Comptes rendus de la Société de Biologie, 1873, de l'Académie des sciences, 1874.

« N'aurions-nous pas, dit Reclus, à faire dans l'œil, à une névrite ascendante ? ..... Lorsqu'un œil est atteint, qu'il existe, par exemple, un corps étranger dans le tractus uvéal, les terminaisons des nerfs ciliaires sont irritées et s'enflamment. Voilà notre point de départ: et ceci n'est point une vaine hypothèse, car s'il est vrai que dans certains cas les résultats des recherches histologiques ont été nuls, si nous pouvons citer, pour notre part, des examens absolument négatifs, il n'en existe pas moins un certain nombre d'observations des plus concluantes.

» Dans son travail de 1858, Muller avait remarqué que si les tubes nerveux n'avaient pas subi la désorganisation ordinaire des nerfs atrophiés, ils étaient devenus plus pâles et avaient perdu une partie de leur moelle. Pagenstecher constata que le stroma de la choroïde montrait dans un œil énucléé pour une affection sympathique de son congénère, une prolifération énorme de cellules qui s'étendait le long des vaisseaux et des nerfs ciliaires. En 1867, Czerny trouva dans un cas semblable, une augmentation de cellules du tissu connectif autour des tubes nerveux en même temps qu'une multiplication des noyaux de leurs gâmes. »

A ces preuves d'ordre anatomique, il faut ajouter celles que donne la clinique. Les douleurs si vives de la région ciliaire que l'on recherche toujours quand on soupçonne une ophtalmie sympathique, sembleraient prouver qu'il existe de la névrite. Cette névrite gagne de proche en proche, arrive au ganglion de Gasser, suit le tronc du trijumeau et arrive au noyau d'origine. Là, de même que dans la moelle pour les lésions expérimentales du nerf sciatique, l'irritation passe du côté opposé et la névrite prend un chemin inverse, c'est-à-dire que d'ascendante elle devient descendante.

Également les expériences de Tiesler, Feinberg, Klemm et Niedeck tendent à prouver qu'un processus inflamma-

toire peut se propager, même en sautant des parties saines, le long d'un nerf jusque dans les centres et de là se jeter même sur le nerf correspondant du côté opposé. A côté de ces expériences, on pourrait placer l'observation de Mitchell, Morhouse et Keen, d'après laquelle une plaie par arme à feu de la cuisse aurait produit une anesthésie complète de l'endroit correspondant de la cuisse opposée, et une autre observation d'Annandale, dans laquelle une plaie douloureuse d'une main se développa à l'endroit correspondant à une cicatrice ulcéreuse de l'autre main.

Pour les ophtalmies sympathiques, dont le point de départ se trouverait dans la rétine, Reclus admet que la névrite se propage le long du nerf optique ou peut-être jusque dans les centres et là se réfléchit dans l'autre œil.

En dehors de ces dernières lésions, il est d'autres formes que la théorie de la névrite ascendante du trijumeau ne saurait expliquer. Nous avons déjà cité l'observation de Dransart dans laquelle l'ophtalmie sympathique consistait en une tétanie des artères de la rétine. Pour arriver jusque dans les centres, la névrite met un certain temps, et dès-lors, il est impossible d'expliquer la rapidité avec laquelle se produisent certains accidents sympathiques. Pour être très rares, ces cas n'en existent pas moins ; car si pour beaucoup d'auteurs l'ophtalmie sympathique se déclare de 6 à 8 semaines après l'accident primitif, il est parfaitement démontré qu'elle peut se manifester dans un plus bref délai, de 5 à 8 jours, d'après Abadie. (Voir observ. III.)

Comment expliquer encore la rapidité avec laquelle disparaissent quelquefois les accidents sympathiques après l'énucléation ? Reclus parle pourtant dans sa thèse d'agrégation d'une observation du professeur Verneuil, dans laquelle l'ophtalmie sympathique s'était déclarée 9 ans après une

brûlure superficielle du globe oculaire; la cornée était opaque; il y avait un symblépharon de la paupière inférieure. Pendant les premiers temps du séjour du malade à l'hôpital, on observa que les douleurs et les troubles visuels disparaissaient dans l'œil primitivement sain, quand on appliquait un bandeau sur l'œil lésé; les troubles revenaient après l'enlèvement du bandeau. M. Verneuil songe alors à la suture des paupières; le résultat est excellent.

Il nous semble qu'avec la théorie de la névrite ascendante, il est un peu mal aisé d'expliquer de pareils faits. Et, l'argument des lésions médullaires observées dans les amputations anciennes, que font valoir les partisans de la névrite ascendante, n'est-il pas au contraire défavorable à cette théorie? Après tout, l'énucléation est une amputation, et, dans ce cas, le traitement devrait produire quelquefois le contraire du résultat qu'on lui demande. Nous verrons cependant, dans le chapitre consacré au traitement de l'ophtalmie sympathique, que la plupart des auteurs sont unanimes pour dire que l'énucléation pratiquée préventivement prévient à coup sûr l'apparition des accidents.

Quelque ingénieuse que soit la théorie que nous venons d'exposer, elle ne rallia pas tous les esprits; on chercha ailleurs une autre explication de la nature de l'ophtalmie sympathique,

La nouvelle théorie dont nous allons parler est basée principalement sur les travaux de Berlin, de Leber et de Snellen. Ces auteurs commencent par séparer l'inflammation sympathique de ce qu'ils appellent la névrose sympathique et qui serait caractérisée par des troubles fonctionnels variés : photophobie, larmoiement, parfois même amblyopie. « Névrose sympathique et inflammation sympathique, dit Snellen (1),

(1) Snellen, *loc cit.*

peuvent coïncider ou succéder l'une à l'autre, mais ce sont deux processus différents qu'il faut séparer sévèrement.» Ils pensent que cette forme d'ophtalmie sympathique pourrait bien être considérée comme la conséquence d'une irritation nerveuse, mais pour l'inflammation sympathique qui se manifeste sous la forme d'une iritis, d'une irido-choroïdite, on ne peut pas admettre une semblable origine. L'ophtalmie sympathique ne se produit que tout autant qu'un processus manifeste s'est développé dans l'œil premièrement atteint.

Une diminution de la vue précède toujours; on trouve de l'iritis, de la cyclite, de la choroïdite, avec assombrissement du champ pupillaire et de l'humeur vitrée; au commencement, la tension est diminuée.

Dans la règle, on constate une augmentation de tension; l'iris est projeté en avant. A l'examen anatomique de cet œil énucléé, on constate l'iris infiltré et couvert en arrière d'un vaste exsudat. L'humeur vitrée en est le plus souvent remplie soit en entier, soit partiellement. La rétine est contractée en forme d'entonnoir, le sommet du cône coïncide avec le nerf optique dont le tissu paraît tiré en avant. « Nous pouvons admettre, dit Snellen, que les voies lymphatiques de l'iris et des portions de l'œil situées au-devant de lui sont obstruées, qu'au contraire celles situées en arrière sont dilatées (1). »

L'iris est toujours épaissi, infiltré, couvert de cellules lymphoïdes et de foyers granuleux; les cellules lymphoïdes et les granulations sont répandues dans toutes les portions postérieures de l'œil.

On trouve donc: 1° Une inflammation plastique du tissu uvéal.

2° Une dilatation des voies lymphatiques postérieures. Ces deux facteurs doivent coïncider pour rendre possible l'affec-

(1) Snellen, *loc. cit.*

tion secondaire de l'autre œil. On peut expliquer de la sorte la grande différence dans le temps qui s'écoule avant que le second œil présente quelques symptômes.

La voie par laquelle l'inflammation se transmet d'un œil à l'autre doit être cherchée avec le plus de probabilité dans les voies lymphatiques. L'espace lymphatique péricoroïdien est dans la règle en partie dilaté. Les tissus situés autour de la papille du nerf optique sont imprégnés de cellules lymphoïdes.

Le professeur Mac Gillavry (1) a été le premier à annoncer que des cellules lymphoïdes semblables se trouvent dans les espaces lymphatiques sous la gaine de la dure-mère du nerf optique. Après lui, divers observateurs l'ont constaté.

Max Knies (2) a trouvé les cellules lymphoïdes dans l'arachnoïde des deux nerfs optiques dans un cas suivi de mort. Pendant la vie, on avait constaté une iritis intense mais non de nature traumatique.

Dans un cas d'ophtalmie sympathique vraie, l'extirpation de l'œil blessé fut suivie de méningite mortelle. Pagenstecher (3) trouva, dans les deux yeux, la papille des deux nerfs optiques et les tissus voisins ainsi que l'uvée et l'humeur vitrée infiltrés de cellules lymphoïdes.

Les faits multiples de méningite après extirpation d'yeux atteints d'inflammation purulente, rendent admissible l'idée que le virus septique peut se propager le long du nerf optique.

Snellen (4) a constaté un cas de méningite avec otite sur-

(1) Mac Gillavry, compte-rendu, 6<sup>e</sup> session du Congrès internat., Amsterdam 1879, II, p. 284.

(2) *Bericht opht. ges. Heidelberg*, 1879; p. 52, *Knapp's Archiv. f. opht.* IX.

(3) Hermann Pagenstecher, *Klin. monatsbl.* p. 123.

(4) Snellen, *loc. cit.*

venue simultanément avec une cyclite sympathique à la suite d'une blessure de l'œil.

«X..., âgé de 27 ans, vint chez moi le 17 octobre 1876 avec une infiltration purulente de la cornée et du cristallin. Il a eu cet œil blessé trois semaines auparavant en ouvrant une bouteille de Champagne.

» Le 8 novembre, j'incisai la cornée et je fis écouler le cristallin gonflé, parce que cet œil était dur et douloureux. Je ne procédai pas de suite à l'extirpation, d'abord à cause de l'état purulent de cet œil, ensuite parce que j'étais persuadé que l'inflammation n'était pas à craindre quand la blessure ne s'étend pas jusque dans la région ciliaire.

» Peu de jours après, le second œil était injecté et présentait bientôt tous les symptômes de la cyclite sympathique. En même temps l'ouïe était diminuée des deux côtés, le malade se plaignait de céphalalgie intense et commençait à délirer.

» Le 23 novembre, j'extirpai le premier œil, le malade était dans un coma complet; peu à peu les fonctions cérébrales se rétablirent mais le malade était aveugle et sourd. Il se trouve encore dans cet état actuellement. Le second œil resta sensible dès les premiers temps, puis s'atrophia. L'œil extirpé est confié au professeur Mac Gillavry.»

Voici le résultat de l'examen de l'œil énucléé. La rétine et l'humeur vitrée étaient attirées en avant en forme d'entonnoir, l'uvée était épaissie et infiltrée de cellules lymphoïdes; des cellules lymphoïdes se trouvent également autour de la papille et dans les espaces lymphatiques sub-duraux du nerf optique.

Pagenstecher (1) a communiqué un cas dans lequel le nerf optique avait été dénudé par une blessure et où il s'ensuivit aussi une inflammation du second œil. Il en conclut à la propagation le long du nerf optique.

(1) Hermann Pagenstecher, *Knapp's archiv. f. ophth.*, VIII, p. 65.

De tout ce qui précède, on peut conclure que le processus inflammatoire peut se propager au cerveau puis au second œil le long des voies lymphatiques. Il reste maintenant à déterminer quel est l'agent porteur de l'infection.

Leber (1) a émis, en 1880, l'idée que la méningite qui succède à l'extirpation d'un œil purulent peut être la suite d'une infection parasitaire. « Il faut bien admettre, comme cause de pareils accidents, une infection de la plaie orbitaire qui sur place ne produit qu'une inflammation insignifiante, échappant à l'observation, mais de nature infectieuse et apte à se propager, pénétrant dans la cavité crânienne par les veines. »

Berlin (2) a émis l'hypothèse que l'inflammation qui conduit à l'inflammation sympathique pourrait être de nature parasitaire, et suivant la trace de Leber, il cherche la voie de propagation dans les veines.

Leber (3) à son tour dans un autre travail admet l'opinion de la nature parasitaire de la cyclite sympathique, mais contrairement à Berlin, il veut que le processus se propage non par les veines, mais par les lymphatiques: « Sans cela, fait-il remarquer, les produits infectieux pourraient se déposer dans des parties de l'organisme autres que le second œil. » Et quelques lignes plus loin: « Il me paraît certain, si l'infection sympathique est de nature infectieuse, que la propagation se fait le long du nerf optique. »

A l'examen histologique d'yeux qui ont provoqué l'inflammation sympathique, on a trouvé chaque fois, outre les cellules lymphoïdes, des accumulations de microphytes. « Ordinairement, dit Snellen, un pareil examen ne se fait pas après

(1) Leber, *Arch. f. opht.* xxvi, III, p, 210.

(2) Berlin, *Volkmann's Sammbung Klin. Vortrage*, n° 186, 1880.

(3) Leber, *Archiv. f. opht.* xxvii, 1, p. 341.

que les yeux ont été durcis dans de l'acide chronique; il faut examiner l'œil immédiatement après l'extirpation.

Leber (1) est disposé à confirmer cette opinion en se basant sur ses derniers examens.

Dans un œil blessé qu'il a extirpé à cause d'inflammation sympathique, il a vu des molécules mobiles de diverses grandeurs et situées en diverses parties de l'œil: « Leur grandeur varie et atteint jusqu'à la limite de la visibilité; leur forme est également variable; ces corps sont tantôt isolés, tantôt accolés à deux ou à trois, mais partout on a l'impression du vivant à cause des mouvements vifs, rotatoires, circulaires et des changements de forme. »

Snellen (2) a eu l'occasion de constater les mêmes faits chez une jeune fille de 15 ans qui avait été blessée 21 jours auparavant par une navette de tisserand. Il trouva une grande cicatrice noire dans la région ciliaire, perte de la perception lumineuse et douleurs à la pression; le second œil est encore normal. Il extirpa l'œil blessé en prenant la précaution d'enlever un morceau du nerf optique. Immédiatement après, il ouvrait l'œil en coupant, à travers la cicatrice, dans la direction du nerf optique, mais en laissant celui-ci d'abord intact. Il eut soin d'employer à cet effet des instruments absolument propres; en râclant la surface profonde de la cicatrice, il obtint une préparation faite tout entière de molécules mobiles. Le champ entier du microscope était vie et mouvement. « Nous nous sommes persuadé plus tard que c'est essentiellement du pigment provenant de l'iris incarcéré, tel que nous le trouvons aussi dans l'iris coupé par l'iridectomie; mais il y avait ici en outre des granulations pourvues de mouvements

(1) Leber, *loc. cit.*

(2) Snellen, *loc. cit.*

plus amples, qui pouvaient être considérées comme des microbes.»

Il en fut de même pour la choroïde. La gaine des nerfs optiques fut ouverte avec le plus grand soin; ici encore on trouva des granulations mobiles rappelant exactement des microbes.

Maintenant quel est le rapport des microbes avec le processus septique? Doivent-ils être considérés comme cause ou effet? C'est une question que Snellen laisse de côté. «En tout cas, dit Snellen, nous ferons bien d'attacher notre attention sur l'augmentation des cellules lymphoïdes et l'agglomération des microphytes.

»La choroïdite traumatique porte ici tous les signes d'une inflammation septique. La membrane vitrée qui est protégée à l'état sain par la sclérotique peu perméable, est mise à nu, exposée à l'air et en contact direct avec le mucus de la conjonctive; s'il y a jamais eu une occasion d'infection septique, c'est bien le cas dans le tissu hernié de la choroïde, et il n'y a rien d'étonnant que l'infection septique se trouve transportée ici encore par les vaisseaux lymphatiques.»

Voici les conclusions du travail de Snellen:

1° L'hypothèse qui fait de l'ophtalmie sympathique la conséquence d'une action réflexe des nerfs ciliaires manque de tout fondement;

2° L'ophtalmie sympathique procède de choroïdite septique d'espèce particulière, dont l'origine doit être cherchée avec quelques probabilités dans le contact anormal de l'uvée avec les tissus extérieurs de l'œil;

3° Les modifications pathologiques des vaisseaux, l'accumulation de cellules lymphoïdes et aussi la découverte de microphytes indique la voie suivant laquelle le processus se propage;

4° L'état actuel de nos connaissances indique comme le plus

probable la propagation par les voies lymphatiques des nerfs optiques.

Telle est la théorie pathogénique la plus récente sur l'ophtalmie sympathique. La critique ne s'est pas encore prononcée à son sujet.

Pour certains auteurs, l'hypothèse d'une origine infectieuse de l'ophtalmie sympathique rendrait compte de plusieurs symptômes cliniques difficiles à expliquer jusqu'ici: ainsi la diffusion du processus morbide à toutes les membranes intra-oculaires se rapporterait bien à l'idée d'une inflammation causée par des parasites; on s'expliquerait aisément les récurrences, la persistance de la maladie, malgré l'énucléation du premier œil lésé, l'apparition tardive de l'ophtalmie sympathique sur l'œil sain quelque temps après que le premier a été énucléé; on comprendrait pourquoi le glaucôme dans lequel l'irritation ciliaire est toujours très intense, ne provoque pas d'ophtalmie sympathique. C'est qu'ici il n'existe pas de porte d'entrée aux germes venus du dehors.

«Une objection sérieuse au premier abord, dit Leber (1), pourrait être élevée contre cette théorie de l'ophtalmie sympathique. On pourrait s'étonner que la première manifestation du processus inflammatoire sur l'œil atteint secondairement ait lieu dans la région ciliaire et non sur le nerf optique. Mais il est aisé de répondre que dans les observations bien suivies dès le début, on a souvent constaté précisément l'existence d'une névrite, et dans les cas où celle-ci a été méconnue, l'examen du nerf optique, fait trop tardivement, était devenu impossible par suite du trouble des milieux de l'œil.»

(1) Leber, *Bemerkungen ueber die Entstehung der sympathischen Augenerkrankungen* (Remarques sur la pathogénie de l'ophtalmie sympathique, t. xxvi, 1<sup>re</sup> partie, p. 325).

Quoi qu'il en soit, il n'en existe pas moins certaines questions bien embarrassantes pour cette théorie. Comment se fait-il, par exemple, que dans certains cas, l'ophtalmie sympathique se manifeste alors que les membranes internes de l'œil ne se trouvent point en contact avec l'extérieur? Ces cas sont loin d'être rares.

Pourquoi la suppuration de l'œil empêche-t-elle généralement l'apparition des phénomènes sympathiques? On sait que tout un traitement de l'ophtalmie sympathique repose sur cette idée. Si la théorie de Snellen était vraie, une semblable thérapeutique serait bien imprudente.

Enfin, il est avéré que l'énucléation pratiquée même après l'apparition de l'ophtalmie sympathique, a été très souvent suivie de guérison.

Avec la théorie parasitaire, le traitement serait tout indiqué. Les antiseptiques devraient faire merveille. Nous n'avons pas encore vu que ce traitement ait été préconisé au lieu et place de l'énucléation.

Enfin, nous devons parler d'une observation publiée récemment par le Dr Féodor Krause (1), assistant du Professeur Hirschberg: elle n'est pas bien favorable à la théorie de Snellen.

Un œil blessé qui avait déterminé une ophtalmie sympathique dans son congénère, fut énucléé et examiné macroscopiquement et microscopiquement par Krause.

On découvrit une choroïde extrêmement épaissie. Elle était plus épaisse que la sclérotique; cet épaissement mesurait en certains endroits deux millimètres; il était déterminé par l'envahissement d'un tissu de granulations au milieu duquel étaient disséminées en nombre considérable

(1) Krause, *Archiv. für Augentheilkunde von H. Knapp und J. Hirschberg*, 1881.

des cellules géantes et des éléments épithéliaux. Les nerfs ciliaires qui furent aussi l'objet d'un examen minutieux, offraient les lésions de la névrite interstitielle, tandis que le nerf optique et ses gâines furent trouvés dans leur état normal. La propagation n'avait donc pas eu lieu par l'optique.

En résumé, nous voyons que les théories pathogéniques de l'ophtalmie sympathique sont nombreuses mais insuffisantes. Toutes expliquent un certain nombre de cas, mais aucune ne peut les expliquer tous.

Celle qui pourrait s'appliquer à la plupart des observations et qui a joui, pendant fort longtemps de la faveur de tous, est la théorie vaso-motrice. Nous avons vu l'argument que font valoir ses adversaires : jamais une congestion provoquée par la paralysie des vaso-moteurs n'entraîne l'inflammation. Mais n'est-il pas vrai que lorsqu'un organe est congestionné, il offre un terrain favorable à l'inflammation ? Si à cette congestion on ajoute un excès de travail de l'œil sain, on pourrait ne pas s'étonner de l'apparition des accidents sympathiques. Il existe de nombreuses observations d'individus chez lesquels un œil perdu depuis longtemps n'a jamais provoqué d'ophtalmie sympathique ; qu'ils se livrent à des travaux qui nécessitent de grands efforts d'accommodation et immédiatement les accidents apparaissent. On pourrait peut-être faire ressortir aussi l'influence d'une prédisposition individuelle. Nos observations ne nous permettent de rien conclure sur ce point ; car, si d'une part, elles nous montrent l'ophtalmie sympathique se manifestant chez un individu un peu scrofuleux (observation I), et chez un vieillard de 81 ans (observation III), nous voyons de l'autre, que les accidents se sont produits également chez des individus vigoureux et non diathésiques (voir observations II et VIII).

Certains ophtalmologistes voudraient toutefois faire jouer

un rôle à la prédisposition dans l'apparition de cette maladie. « Je pense, dit Critchett (1), qu'un état particulier et exceptionnel du système nerveux agit puissamment. L'expérience future et des recherches dirigées dans ce sens pourront, je l'espère, aider à faire connaître le terrain constitutionnel dans lequel cette mauvaise herbe aime à pousser. »

Dransart (2) exprime la même opinion.

Mais les preuves directes manquent à ce sujet. Et aujourd'hui comme il y a 5 ans, « le chapitre des causes prédisposantes est encore tout entier à créer (3). »

(1) Critchett, *Ophthalmic hospital reports*, vol. x, part 2, juin 1881.

(2) Dransart, *loc. cit.*

(3) Reclus, *loc. cit.*

## TRAITEMENT.

L'énucléation est le traitement généralement employé par les chirurgiens de notre époque pour combattre l'ophtalmie sympathique.

Sur les neuf cas que nous rapportons, ce traitement a été employé six fois; proposé aux malades et refusé, deux fois; enfin, dans un cas, toute intervention chirurgicale était inutile, le malade ayant perdu son œil sans retour.

Nous nous occuperons donc surtout de l'énucléation; nous dirons ses indications et ses contre-indications; les résultats qu'elle fournit. Nous laisserons de côté son manuel opératoire; le décrire, serait sortir de notre cadre. Nous ne pourrions d'ailleurs que transcrire ici les divers procédés que des praticiens remarquables ont donnés dans des traités spéciaux.

Mais l'énucléation n'est pas l'unique moyen opposé aux accidents sympathiques. Les méthodes qui ont été ou sont encore en vigueur pour traiter cette maladie sont nombreuses. Elles résultent généralement ou de la pratique vétérinaire, ou des idées pathogéniques de l'ophtalmie sympathique. Nous étudierons un peu rapidement ces diverses méthodes: nous nous étendrons toutefois un peu plus sur un procédé nouveau, qui tend à prendre une grande place dans la pratique chirurgicale: nous voulons parler de la névrotomie optico-ciliaire.

Quant au traitement médical, nous n'en parlerons pas; il a été jugé insuffisant contre l'ophtalmie sympathique.

#### ÉNUCLÉATION.

Lorsque les chirurgiens se furent convaincus de l'impuissance absolue du traitement médical et du peu de succès des autres moyens chirurgicaux contre les accidents sympathiques, alors seulement on osa songer à l'extirpation de l'œil primitivement malade.

En septembre 1854, White Cooper (1), se plaint de l'impuissance des chirurgiens en présence d'une affection aussi redoutable; toutefois il se demande si l'extirpation de l'œil primitivement atteint ne serait pas une indication formelle aussitôt que des troubles sympathiques surviennent dans l'autre œil: «J'avoue, dit-il, qu'il faut une résolution terrible pour enlever un œil, et pourtant je suis convaincu qu'il est des cas où un tel procédé semblerait justifié.»

Au mois de décembre de la même année, Prichard, chirurgien de l'Hôpital Royal de Bristol, fait paraître dans l'*Association medical journal* les résultats de vingt cas d'ophtalmie sympathique traités par l'énucléation. Voici ce qu'il dit à ce sujet: « Cette série d'observations dans laquelle on voit des personnes de tout âge et de tout sexe, qui n'avaient eu qu'un seul œil détruit, et chez qui cependant il est survenu tout un cortège d'accidents incurables par l'altération consécutive de l'autre œil, nous démontre le danger qu'entraîne la blessure du globe oculaire, et la nécessité, dans de pareils cas, de ne donner qu'avec beaucoup de réserve son opinion sur le résultat définitif probable. Je crois que le traitement à suivre est l'extirpation de l'œil blessé, aussitôt que l'autre présente

(1) Cooper, *On Wounds and injuries of the eye.*

des symptômes d'inflammation grave : mon opinion a besoin d'être confirmée ; mais, quant à moi, je conseillerais cette opération aussi instamment que possible à quiconque viendrait me consulter dans de telles circonstances.»

En 1855, Taylor (1) rapporte huit observations d'ophtalmie sympathique ; il a pratiqué l'ablation de la cornée. Parlant du procédé de Prichard, il le trouve trop radical.

Malgré l'exemple de Prichard, l'énucléation ne fut guère mise en pratique, même en Angleterre, où elle avait pris naissance. Peu à peu, elle s'est imposée : ce n'est cependant pas sans difficulté qu'elle a acquis le rang qu'elle possède en ce moment dans la pratique chirurgicale.

Aujourd'hui, il est reconnu que l'énucléation trouve des raisons dans les faits suivants, admis par la plupart des chirurgiens : d'abord, le traitement médical est insuffisant ; ensuite, l'énucléation est une opération sans gravité ; pour nous en convaincre, nous n'avons qu'à consulter les statistiques publiées par les différents auteurs qui se sont occupés de cette question. Sur 207 cas de Vignaux (2), la mort est notée deux fois, et encore, comme le fait remarquer Reclus, elle n'est attribuable à l'énucléation qu'indirectement. Dans le premier cas, en effet, il s'agit d'un malade épuisé par plusieurs attaques de paralysie ; dans le second, le malade était un vieillard de 81 ans, affaibli déjà par un érysipèle.

Dans une autre série de 100 malades, la mort n'entre pour aucun cas. Il en est de même pour 100 cas rapportés par Mooren (3). Dransart (4), sur 45 cas, n'a pas eu d'accidents

(1) Taylor, *On sympathetic inflammation of the eye ball. (medical times and gazette).*

(2) Vignaux, De l'ophtalmie sympathique, thèse de Paris, 1877.

(3) Mooren, *loc. cit.*

(4) Dransart, *loc. cit.*

graves. Galezowski a pratiqué l'énucléation 47 fois en quelques années, et toujours avec succès. La plupart des praticiens, Panas, Meyer, Abadie, Wecker, Lawson, Fieuzal, sans donner des chiffres précis, sont d'accord pour dire que l'énucléation est une des opérations les moins dangereuses de la chirurgie. « L'énucléation, dit Yvert (1), a été pratiquée une infinité de fois, et sur ce nombre si considérable, c'est à peine si l'on peut relever 7 cas suivis de mort. » On ne peut rien conclure de quelques cas malheureux, comme ceux cités par Verneuil. Dans six observations de sa pratique personnelle, il aurait eu un cas de mort, un cas de tétanos chronique, et des abcès de la paupière supérieure. C'est là une exception qu'une étude attentive des observations fera comprendre. Si l'on examine tous les cas dans lesquels l'énucléation a été suivie de mort, on voit que cette opération ne doit pas seule en être rendue responsable.

A côté de la bénignité de cette opération, viennent se placer les heureux résultats qu'elle donne. Nous en parlerons plus loin.

Disons toutefois que l'énucléation présente certains inconvénients, relativement peu importants, si on les compare au résultat de cette opération. Immédiatement après, il peut se produire des complications, l'hémorrhagie, le phlegmon, tous les accidents des plaies. Plus tard, il peut arriver que le malade supporte mal une pièce artificielle; il existe même des observations d'accidents sympathiques produits par un œil en verre qui aurait irrité le moignon. Le moignon est très petit; les mouvements de l'œil en verre sont peu étendus; il se produit quelquefois de l'épiphora; les cils peuvent se renverser en dedans et provoquer de l'irritation conjonctivale.

(1) Yvert, Blessures du globe de l'œil, 1879.

Chez les jeunes sujets, l'énucléation a un inconvénient plus grave encore ; elle arrête le développement de la cavité orbitaire, d'où résulte une asymétrie fort disgracieuse du visage.

Chez certains malades, la cavité orbitaire est remplie de muco-pus ; enfin, un dernier inconvénient dont parle Verneuil, c'est la dépense considérable qu'entraîne un œil en verre. La prothèse est à la portée des gens aisés, on pourrait même dire des gens riches. Ces raisons sont d'ailleurs d'un ordre secondaire.

*Énucléation préventive.* — L'énucléation peut être pratiquée bien avant que tout phénomène sympathique se soit déclaré dans le second œil ; on lui donne alors le nom d'énucléation préventive.

Il a fallu, pour pratiquer cette opération, se convaincre de son innocuité (nous avons déjà vu quelle était l'opinion des chirurgiens à ce sujet), puis de son efficacité pour prévenir les accidents futurs. On est à peu près unanime pour dire que l'énucléation d'un œil, pratiquée préventivement, donne toute certitude contre l'apparition des phénomènes sympathiques dans l'autre. Cependant Schweigger (1) a rapporté 3 observations dans lesquelles l'ophtalmie sympathique s'est déclarée quelques jours après l'énucléation. Faisons remarquer d'abord que leur nombre est bien minime, et que, de plus, leur valeur est discutable.

Dans la première, qui est empruntée à Mooren, l'iritis sympathique se déclare un jour après l'énucléation ; dans la seconde, de Schmidt Kimpler, les accidents sympathiques éclatent quatre jours après l'opération ; disons toutefois que ces malades ont guéri. Dans la troisième, de Pagenstecher,

(1) Schweigger, *Ueber sympathische augenleiden*. (Berliner klinische Wochenschrift, 1878.)

l'énucléation eut lieu 27 jours après l'accident, et 9 jours après se manifestèrent les symptômes d'ophtalmie sympathique; l'œil fut perdu.

« Ces observations, dit Reclus, ne nous semblent prouver seulement que l'énucléation n'était pas assez préventive. Quand on y recourut, il était déjà trop tard et des altérations des nerfs ciliaires existaient sans doute en ce moment. Aussi croyons-nous pouvoir conclure qu'il n'existe pas dans la science de cas démonstratif où l'ophtalmie sympathique se soit développée après une énucléation faite à temps. »

On a encore dit pour combattre l'énucléation préventive qu'on pouvait espérer que les accidents sympathiques ne se développeraient pas. Schweigger assure que toutes les conditions qui président au développement de l'ophtalmie sympathique peuvent se rencontrer sans que cette affection apparaisse. D'après Mooren, elle n'éclaterait que dans un sixième des cas où ces conditions existeraient. Quoi qu'il en soit, l'indécision serait bien coupable : pourquoi ne pas faire bénéficier un malade d'une opération qui n'offre aucun danger et qui le met à l'abri de tout accident sympathique pour l'avenir? Derby, Testelin, Critchett, Hirschberg sont partisans convaincus de l'énucléation préventive. De Graefe a souvent répété : « Faites dix énucléations inutiles, plutôt que d'assumer la responsabilité d'une seule cécité. » Warlomont professe une opinion semblable : « Il n'est pas de question, dit-il, plus grave, plus digne de fixer l'attention du médecin, que celle de la conduite à tenir dans le cas où, un œil étant détruit par le traumatisme ou par une autre cause, son congénère se trouve sous la perpétuelle menace, tacite ou déjà exprimée, de l'ophtalmie sympathique. De la détermination qui sera prise dépendra, la plupart du temps, soit la sécurité absolue du patient, soit une existence tout entière traversée par des accès douloureux, des suspensions d'étude ou de travail, des

perplexités résultant de la crainte, trop légitime, d'accidents consécutifs dont la cécité est le dénoûment possible. L'irrésolution du médecin, les répugnances instinctives, mais non justifiées du patient, peuvent avoir ici les plus tristes conséquences (1). »

On a encore dit que lors même que les accidents sympathiques se produiraient, ils pourraient être peu intenses et céder à un traitement énergique. Rien, malheureusement, n'est vrai dans cette assertion.

Mais une fois les praticiens convaincus de l'utilité de l'énucléation préventive, il reste à convaincre les malades. Beaucoup se refusent à cette opération. Les malades ne comprennent pas que pour un accident aussi minime, en apparence, ne présentant momentanément aucune gravité, on doive recourir à l'extirpation de l'œil. Ils hésitent et ne se résignent que lorsque le second œil a déjà été envahi : quelquefois même, dans ce dernier cas, ils refusent encore l'opération. Nous avons dans nos observations deux faits de ce genre. (Voir Observations I et VII.)

Ainsi, l'énucléation préventive est admise en principe ; il reste maintenant à déterminer les circonstances dans lesquelles il faut la pratiquer et les cas où il faut s'abstenir.

Les indications de l'énucléation préventive ont été nettement formulées au Congrès de Genève par M. Warlomont, et la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question ont accepté ces conclusions.

Il faut énucléer quand il est reconnu que l'œil primitivement atteint doit exercer une influence délétère sur le congénère : dans les lésions traumatiques qui ont désorganisé les membranes de l'œil, dans les blessures de la région ciliaire, dans les cas de pénétration de corps étrangers avec amau-

(1) Congrès de Londres (1872).

rose ; quand un œil est totalement perdu pour la vision, avec des poussées d'inflammation et des douleurs à la pression ; quand des globes oculaires staphylomateux ou glaucomateux avec amaurose sont devenus le siège de douleurs ou d'inflammation.

L'indication qui est tirée du phlegmon de l'œil soulève de longues discussions.

De Graefe ne reconnaissait pas que le phlegmon pût déterminer une ophtalmie sympathique ; nous verrons plus loin que pour prévenir les accidents sympathiques, il provoquait la fonte purulente de l'œil. Ledoux (1) et Rossander (2) ont donné des observations d'ophtalmies sympathiques déterminées par le phlegmon de l'œil. Raynaut (3) en rapporte également deux cas dans sa thèse.

Dans des cas de phlegmon que faut-il faire ? Reclus pense qu'il est préférable de pratiquer l'énucléation lorsque l'œil est envahi par une suppuration totale qui n'est pas sous la dépendance d'une maladie générale ou d'un état constitutionnel. Tout ce que nous avons dit se trouve pour ainsi dire résumé dans les lignes suivantes de Warlomont (4) : « Quand un œil vient d'être détruit par une cause traumatique et que tout espoir d'y voir subsister ou revenir un degré de vision utile est perdu, c'est rendre un service immense au blessé que de l'en débarrasser séance tenante par l'énucléation avec anesthésie. On lui épargne les suites immédiates du traumatisme, l'ophtalmitis, les longues suppurations. On le rend, pour ainsi dire, du jour au lendemain à ses travaux ; il

(1) Ledoux, Sur les affections sympathiques de l'œil, thèse de Paris, 1871.

(2) Rossander, Contributions à l'étude de l'ophtalmie sympathique, thèse de Paris, 1866.

(3) Raynaut, thèse de Montpellier, 1880.

(4) Warlomont, Congrès de Genève, 1877.

est dans d'excellentes conditions pour recevoir bientôt une coque artificielle dont le port sera inoffensif et on le préserve à coup sûr des accidents consécutifs. Quand il y a des raisons de croire que le globe blessé renferme quelque corps étranger, l'indication de l'énucléation est plus impérieuse encore. »

Toutefois, il est quelques contre-indications à l'énucléation préventive : tous les auteurs sont d'accord pour s'abstenir, toutes les fois que l'œil traumatisé ou spontanément malade conserve une certaine acuité visuelle, ou pourra en récupérer par une opération, ou quand on se trouve en présence d'un moignon absolument indolore.

Cette dernière contre-indication n'est pas absolue. Disons même que certains praticiens éminents admettent que l'énucléation doit être pratiquée sur tout œil inutile à la vision.

*Enucléation curative.* — Quand un malade se présente avec une ophtalmie sympathique, la conduite à tenir pour le praticien varie avec la forme sous laquelle se présente la maladie. Les formes que peut affecter l'ophtalmie sympathique se divisent en deux groupes : l'un est caractérisé par de simples troubles fonctionnels ; l'autre par des désordres nutritifs qui siègent la plupart du temps sur le corps ciliaire et l'iris et qui peuvent également envahir les autres membranes de l'œil. Ce dernier groupe comprend l'irido-choroïdite séreuse et l'irido-choroïdite plastique ; celle-ci est désignée quelquefois sous le nom de maligne ; celle-là sous le nom de bénigne. Nous allons donc examiner quelles sont les indications et les contre-indications dans chacune de ces formes d'ophtalmie sympathique.

Hâtons-nous toutefois d'ajouter que dans l'énucléation curative mieux que dans l'énucléation préventive, le chirurgien doit se préoccuper de l'état de l'œil sympathisant.

Quand cet organe conserve un certain degré de vision, la conduite à tenir est très délicate; car si on enlève l'œil primitivement atteint et que le second se perde malgré l'énucléation, on aura à se reprocher d'avoir enlevé un œil qui aurait pu rendre quelques services. D'un autre côté, si l'on n'opère pas, on ne court pas la chance de conserver le second œil dont l'acuité visuelle est de beaucoup supérieure à celle du premier. C'est au praticien à voir dans quels cas il doit opérer et dans quel cas il doit s'abstenir.

Quand les troubles observés sont purement fonctionnels, le devoir du chirurgien est d'énucléer. L'opération dans ce cas fera presque à coup sûr cesser les accidents. Dans cette forme, on opérera alors même que l'œil sympathisant conservera un peu de vision. Les statistiques sont très favorables à l'énucléation dans cette forme d'ophtalmie sympathique. Mooren a obtenu 16 fois la guérison sur 16. Rossander 33 fois sur 33. Rheindorf (1) 17 fois sur 18; Vignaux sur 48 cas note 43 succès absolus, 3 guérisons incomplètes, 2 fois les accidents suivirent une marche progressive.

Ces résultats heureux ne se rencontrent pas dans l'énucléation appliquée aux formes inflammatoires. Dans l'irido-choroïdite séreuse, les résultats sont assez satisfaisants; cette forme est généralement arrêtée par l'énucléation. Les chances seront d'autant plus grandes que l'opérateur interviendra plus rapidement. Il existe cependant de nombreuses observations d'ophtalmie sympathique de cette forme qui n'ont pas été enrayées par l'énucléation. Aussi est-on d'avis de ne pas pratiquer l'énucléation quand l'œil sympathisant conserve la moindre acuité visuelle.

L'irido choroïdite plastique est la forme dans laquelle l'énucléation donne le moins de succès. Quoique le pronostic de cette

(1) Rheindorf, Sur l'ophtalmie sympathique, Lille, 1865.

forme soit très grave, il faudra opérer; car si les succès sont la règle, on a noté quelques heureux résultats. On ne peut donner à ce sujet des chiffres bien précis, car la plupart du temps les statistiques ne séparent pas la forme maligne de la forme bénigne. D'ailleurs, cette distinction est souvent très difficile à faire. Vignaux, sur 44 énucléations pour ophtalmie réflexe avec lésions matérielles, donne 17 guérisons ou améliorations, 27 aggravations ou cécités; Mooren, sur 15 cas, donne 9 guérisons ou améliorations et 6 aggravations ou cécités; Meyer dit avoir enrayé 20 fois le cours d'une irido-choroïdite plastique sur 61 cas.

Dans cette forme d'ophtalmie sympathique, toutes les fois que le premier œil conserve encore une certaine acuité visuelle, ou peut en recouvrer par une opération ultérieure, l'énucléation est absolument contre-indiquée.

Quand dans l'une ou l'autre de ces formes, l'énucléation a été décidée, à quel moment faut-il intervenir? Doit-on opérer de suite ou faut-il attendre que l'inflammation soit un peu calmée?

Les uns pensent, avec Critchett (1) et Arlt (2) qu'il faut attendre que les symptômes inflammatoires soient moins intenses. Les autres sont d'un avis contraire. M. Gayet n'a jamais vu l'énucléation exalter la maladie du second œil bien qu'elle ait été faite en pleine période inflammatoire. Vignaux partage la même opinion. « Dans les 48 cas, dit-il, que nous rapportons et pour lesquels l'énucléation a été pratiquée dans les circonstances les plus variées, nous n'avons jamais vu l'énucléation du premier œil influencer défavorablement l'état du second. Dans les cas où l'irritation n'a pas été

(1) Critchett, *Annales d'oculistique*, t. XLII et LI.

(2) Arlt, *Enucleatio Bulbi* (*Handbuch der Gesammter augenheil.*

enlevée d'une façon immédiate ou rapide, elle n'a jamais été surexcitée.»

#### AUTRES MÉTHODES.

Depuis longtemps, on savait qu'il existe chez le cheval une affection oculaire qui, d'abord unilatérale, se propage à l'autre œil, à moins que le premier œil ne soit rapidement détruit par la fonte purulente.

Pour hâter la destruction de l'organe malade, les vétérinaires y mettaient des caustiques (chaux, potasse), ou bien y enfonçaient un clou. Wardrop modifia cette pratique barbare: il incisait l'œil et vidait son contenu. «On pourrait, dit-il, obtenir quelque avantage en appliquant avec discernement à l'homme, dans certaines affections oculaires, où le mal, attaquant d'abord l'un des yeux, passe ensuite à l'autre pour y déterminer la cécité complète, l'opération qui réussit si bien chez les animaux.»

De Graefe s'est servi d'un procédé qui a pour but de provoquer la fonte purulente de l'œil; il passait un fil de laine à travers la cornée, et le laissait en place jusqu'à ce qu'une inflammation intense entraînant la fonte purulente de l'œil. Cette méthode n'a guère eu de partisans, parce que le principe sur lequel elle repose est d'abord douteux, à savoir que la fonte purulente empêche toujours l'apparition d'accidents sympathiques, et parce que ensuite le phlegmon, outre qu'il s'accompagne, au moins au début, de douleurs intenses, peut devenir le point de départ d'accidents très graves, quelquefois même mortels (méningite, phlébite).

Le procédé de Wardrop a donné naissance à une foule d'autres.

Barton (de Manchester) fut le premier à l'appliquer à

l'homme en 1834 ; il incisait la cornée, faisait sortir le cristallin et une partie du corps vitré. Cette méthode donna de bons résultats ; car, dans les cas de pénétration de corps étrangers, elle en rendait l'extraction facile. Laugier, dans sa traduction de Mackenzie, s'en montre partisan.

Watson ampute le segment antérieur de l'œil, et Le Fort, d'après Reclus, aurait employé le même procédé à l'hôpital Lariboisière, procédé qui serait en somme très rationnel, car il est reconnu que la plupart des ophtalmies sympathiques sont le résultat de la blessure du corps ciliaire. « N'est-il pas juste, dit Chuffard, de se demander si la section complète de cet organe n'amènerait pas la disparition des troubles auxquels son inflammation avait donné naissance(1) ? » Entre les mains de Desmarres, ce procédé aurait donné beaucoup de succès. Chuffard prétend que l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil est applicable dans la plupart des cas d'ophtalmie sympathique. « Dans les cas où elle est indiquée, elle est aussi efficace que l'énucléation en présentant moins de gravité. » Cette méthode aurait même un avantage sur l'énucléation, celui de permettre l'application d'un œil en verre. Disons, toutefois, qu'on lui a reproché de ne pouvoir s'appliquer qu'à un nombre très limité de cas ; le moignon qui reste provoquerait quelquefois des ophtalmies sympathiques. Des observations d'accidents de ce genre ne sont pas rares. « Cette méthode, dit Yvert (2), loin d'offrir des garanties sérieuses, peut, malheureusement, dans bien des cas, inspirer au patient une sécurité trompeuse et faciliter ainsi les progrès de l'affection. Aussi ne saurions-nous trop nous élever contre la prétention qu'ont certains auteurs de

(1) Chuffard, thèse de Paris, 1881.

(2) Yvert, *loc. cit.*,

vouloir substituer, d'une manière générale, cette opération à l'énucléation du globe de l'œil. »

Les autres procédés ont une origine plus récente et découlent des théories pathogéniques.

Pour les auteurs qui font venir l'irritation des nerfs ciliaires, l'opération qui s'impose est la névrotomie ciliaire. Elle peut avoir lieu en deux endroits différents : soit dans l'intérieur du globe oculaire, soit à l'extérieur au point où les nerfs ciliaires pénétrent dans l'œil.

La section dans l'intérieur du globe oculaire fut pratiquée, en 1867, pour la première fois par Meyer (1), puis par Lawrence (2), de Londres, et par Secondi (3), de Gênes. Schweigger (4) recommande chaudement la névrotomie ciliaire, surtout préventive, sans prétendre, toutefois, qu'on puisse lui demander plus qu'on n'est en droit d'attendre de l'énucléation. On ne doit pas se préoccuper de la prétendue régénération des nerfs ; rien dans la pratique ne prouverait cette régénération.

Cette névrotomie doit être pratiquée sur le point douloureux : ce n'est, ainsi que l'a fait remarquer fort à propos M. Panas, que la paracentèse de la sclérotique.

Les partisans de cette opération font valoir les raisons suivantes : d'abord les malades acceptent plus facilement cette opération que l'énucléation ; on obtient un moignon très utile pour porter un œil artificiel.

Il existe pourtant de graves reproches à lui faire. La névrotomie ne donne jamais une sécurité complète ; les globes

(1) Meyer, Compte-rendu du 2<sup>e</sup> Congrès d'opht. de Paris, 1868.

(2) Lawrence, *Lancet*, 1868, n<sup>o</sup> 14.

(3) Secondi, *Giorn. d'ofal. ital.*

(4) Schweigger, Des affections oculaires sympathiques. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1878.

oculaires, après la névrotomie, tendent à s'atrophier ; ils peuvent devenir douloureux et provoquer l'ophtalmie sympathique. Dans beaucoup de cas, on a dû énucléer l'œil primitivement atteint. Enfin, un dernier reproche, c'est que cette opération n'a qu'une application fort restreinte : on ne peut l'employer que dans les cas d'une intensité faible, quand les troubles sont purement fonctionnels.

Quant à la section des nerfs ciliaires au moment où ils pénètrent dans l'œil, leur section a été conseillée par Snellen et mise en pratique par Gillet de Grandmont. Il est fort difficile de couper les ciliaires sans léser le nerf optique. Beaucoup d'auteurs se demandent même si cela est possible.

Pour les auteurs qui voient le point de départ de l'irritation dans l'optique, la section de ce nerf est indiquée. Mais le nerf optique, comme le fait remarquer Reclus, affecte de tels rapports avec les nerfs ciliaires, qu'on ne peut sectionner le premier sans couper les autres. On désigne cette opération sous le nom de névrotomie optico-ciliaire ou encore sous celui d'*énervation*.

Elle a été conseillée par Rondeau (1), en 1866. « La section des nerfs sensitifs de l'œil, au début de l'inflammation du globe oculaire, arrêterait toute action réflexe dans l'organe opposé. Rien n'est plus facile que cette opération que j'ai pratiquée plus d'une fois à l'amphithéâtre ; elle consiste, après avoir fait une petite ouverture à la partie supérieure et interne de la conjonctive, à introduire un petit ténotome courbe, en le tenant appuyé sur le globe oculaire. *On sectionne du même coup les nerfs ciliaires, le nerf optique et l'artère centrale.* »

(1) Rondeau, *loc. cit.*

Cette opération ne fut pratiquée qu'en 1876 par Boucheron (1).

Ce fut à l'hôpital Temporaire que Boucheron a eu l'occasion de mettre à exécution sur l'homme l'opération qu'il préconisait et qu'il avait pratiquée sur les animaux. Dans le service de M. Gillette se trouvait un malade fort et vigoureux, atteint d'irido-cyclite avec névralgie ciliaire intense. La névrotomie fut pratiquée par M. Boucheron, mais trente-six heures après l'opération, il survint une hémorrhagie, qui elle-même fut suivie de la fonte purulente de l'œil.

« L'idée de cette section, dit Warlomont (2), a sommeillé dix ans. Elle se réveille en 1876, sans doute pour ne plus se rendormir. »

Voici en quels termes Boucheron parlait de la névrotomie optico-ciliaire :

« Comme on n'a coupé, dit-il, aucun muscle droit, l'œil conserve sa position et ses mouvements normaux. » L'œil se conserverait intact.

« Cette méthode pourra, dans *tous les cas*, être substituée à l'énucléation de l'œil. Nous croyons qu'une opération si simple, si inoffensive, est appelée, dans maintes circonstances, à rendre aux malades d'importants services. »

Cette opération eut bientôt des partisans. Schœler (3) la pratique et obtient des succès.

(1) Boucheron, Note sur la résection des nerfs ciliaires et du nerf optique, substituée à l'énucléation du globe oculaire dans le traitement de l'ophtalmie sympathique. (*Gaz. méd. de Paris* 1876. Ann. d'oc. 1876.

(2) Warlomont, De l'énucléation du globe de l'œil. Ann. d'oc. novembre, décembre 1879.

(3) Schœler, Résultat d'opérations de section du nerf optique et des nerfs ciliaires dans les cas d'ophtalmie sympathique. *Jahres bericht der augen-klinik*. Berlin, 1878.

Dianoux, de Nantes, l'a pratiquée avec succès en 1876 et en 1877. Abadie (1) a adopté ce procédé et a eu l'occasion de le mettre en exécution 18 fois en un an.

En 1879, paraît la thèse de Rédard (2) qui le préconise vivement. « C'est une opération facile, nullement dangereuse, lorsqu'elle est pratiquée dans de bonnes conditions. »

La même année paraît un ouvrage de Chisolm (3), dans lequel l'auteur se loue beaucoup de cette opération: il l'a mise en pratique 7 fois et a obtenu 7 succès.

Au Congrès de Londres, en 1881, elle a été attaquée par Poncet, de Cluny. Les accidents sympathiques seraient, d'après ce praticien, quelquefois dus à cette opération. Il a examiné un œil qui avait été *énervé* et qu'on avait énucléé à cause d'accidents sympathiques. Le résultat de cet examen fut celui-ci: à l'endroit où avait été pratiquée la névrotomie, il s'était formé du tissu cicatriciel très dense et très fortement uni à la sclérotique. Les extrémités centrales des nerfs ciliaires sont comprimées dans cette gangue et présentent les lésions de la sclérose interstitielle avec dégénérescence atrophique des tubes nerveux.

Les accidents sympathiques survenus après l'énervation seraient attribuables à cette opération. Poncet les rapporte à la névrite localisée sur les extrémités centrales des nerfs coupés. Dans la même séance, Panas dit que l'énervation est une opération plus grave que l'énucléation.

Un argument que l'on fait valoir contre l'énervation est fondé sur le retour de la sensibilité cornéenne dans un œil

(1) Abadie, Société de chirurgie de Paris, séance du 19 novembre 1879.

(2) Rédard, thèse de Paris.

(3) Chisolm, *Neurotomy. A substitute for enucleation. A new operation in ophthalmic surgery*, 1879.

qui a été opéré. Boucheron (1) soutient qu'il s'agit là d'une sensibilité récurrente comme celle que l'on observe dans la section traumatique du nerf médian, pour lequel des filets récurrents introduisent une suppléance nerveuse « Cette sensibilité récurrente, dit-il, a été observée par Arloing et Tripier après la section du sus et du sous-orbitaire. Cette sensibilité d'emprunt peut devenir considérable et pas n'est besoin d'invoquer une régénération des nerfs. La cornée, elle aussi, reçoit des nerfs récurrents, venant des sus et sous-orbitaires. La sensibilité récurrente, après la neurotomie ciliaire est précisément favorable à la nutrition cornéenne. Mais ces filets nerveux récurrents ne sauraient reproduire l'ophtalmie sympathique. »

Poncet (de Cluny) (2) s'occupant de nouveau en 1882 de la question de l'énervation, semble revenir de sa première opinion. Il s'appuie sur le résultat des statistiques publiées par Wadsworth (3) et par Landesberg (4).

La statistique de Wadsworth comprend 15 observations : 10 peuvent être considérées comme ayant fourni un bon résultat, en ce sens que les douleurs locales et sympathiques ont été arrêtées. Sept fois la cornée a gardé sa transparence ; cependant, il faut ajouter que deux fois l'énucléation a été jugée nécessaire. La cornée s'est opacifiée, ulcérée deux fois, le phlegmon a été imminent une fois ; un bulbe s'est fondu et enfin l'exophtalmie, conséquence de l'hémorrhagie, a été fréquente, bien que de courte durée ; six fois sur quinze il y a eu un retour de la sensibilité partielle de la cornée.

(1) Congrès de Londres, 7<sup>e</sup> session, 1881.

(2) Poncet, *Progrès médical* 1882, 15 juillet.

(3) Wadsworth (Boston) *optico-ciliary nevrotoomy. In transaction of the american ophthalmological society. New-Port*, 1881.

(4) Landesberg, *In klinische monatblätter für Augenheilkunde, von zehender, october, Philadelphia*, 1881.

Les observations publiées par Landesberg de Philadelphie sont également favorables à l'énervation. Sur 23 cas, voici les accidents qui ont été observés : une énucléation consécutive ; trois nécroses de la cornée ; une kératite et quatre fois le retour de la sensibilité. Mais, en résumé, seize fois sur vingt-trois la névrotomie a donné d'excellents résultats en rapport avec le but de l'opération.

Le docteur Poncet fait suivre ces statistiques des considérations suivantes : « Réservée au début pour combattre les dangers de l'ophtalmie sympathique, employée pour faire disparaître surtout les douleurs ciliaires, nous la voyons maintenant hautement déclarée préventive. Landesberg et Wadsworth surtout n'attendent pas les phénomènes sympathiques ; la douleur névralgique sur l'œil malade suffit. Enfin, la préparation seule d'un bulbe atrophié, à rendre insensible pour recevoir une coque artificielle, justifie cette opération.

» Le courant est établi ; la névrotomie tend à devenir une opération presque de complaisance. Or, chose facile à constater d'après les statistiques précédentes, ces névrotomies préventives donnent de bons résultats ; pas d'accidents. Les enfants, les malades reprennent leurs travaux d'école et autres ; peu de temps après la section, les douleurs ont disparu ; l'œil est bien préparé pour la coque artificielle. Le but est atteint.

» Les accidents, au contraire, paraissent plus fréquents quand les lésions sont irritatives, aiguës, installées et graves : ex. : le fait d'Hirschberg qui fait deux névrotomies pour aboutir à l'énucléation ; les cas d'énucléation de Landesberg et Wadsworth où les accidents sympathiques étaient déjà déclarés ; celui de Landolt où l'œil congénère paraissait déjà malade. En sorte que la loi que les chirurgiens ont établie pour l'énucléation, celle de la non-intervention dans la pé-

riode aiguë paraît aujourd'hui s'imposer, soit par les mauvaises conséquences de l'opération entreprise en ce moment, soit par les succès nombreux de la névrotomie consécutive. Il est évident que la section optico-ciliaire portant sur des bulbes souvent atrophiés, nous n'avons plus à nous inquiéter des conséquences de cette section sur la forme de l'œil, sur la diminution de tension souvent constatée.

» En résumé, les conclusions à tirer de la pratique de Landesberg, Wadsworth sont favorables à l'opinion de Boucheiron, à la névrotomie optico-ciliaire. L'hémorragie qui est assez fréquente avec l'exophtalmie consécutive cède rapidement au bandage compressif.

» La sensibilité de la cornée se rétablit souvent sur des petits segments; c'est un fait de minime importance. Mais en somme, la névrotomie réussit quand il s'agit de faire cesser les douleurs dans le moignon lui-même; elle est justifiée par le simple but de préparer la tolérance d'un œil artificiel; elle paraît être moins heureuse, pour arrêter les accidents sympathiques confirmés. La contr'indication paraît formelle dans la période aiguë des complications, soit locales, soit sur un organe congénère, comme pour l'énucléation. »

Pour Nuel (1), l'énervation ne saurait remplacer l'énucléation dans l'ophtalmie sympathique confirmée. « L'enjeu, dit-il, est trop considérable, il importe de supprimer à l'instant le foyer d'excitation et ce but est atteint moins sûrement par l'énervation que par l'énucléation. Toutefois, l'énervation serait fortement indiquée dans certaines plaies pénétrantes, sans présence de corps étrangers. L'énervation serait insuffisante dans le cas de corps étranger dans l'œil, car le corps étranger finirait toujours par amener l'endolorissement de l'œil. »

(1) Nuel, article *Ophtalmie sympathique*, Dict. Dechambre, vol. xvi.

Si nous nous sommes un peu étendu sur la névrotomie optico-ciliaire, c'est qu'elle semble attirer en ce moment l'attention des ophtalmologistes. Il faut en chercher la raison dans les hésitations que l'énucléation rencontre encore chez beaucoup de praticiens et surtout chez beaucoup de malades.

Il nous reste maintenant à parler de l'iridectomie et du procédé de Verneuil, la blépharorrhaphie.

L'iridectomie a été pratiquée soit sur l'œil sympathisant, soit sur l'œil sympathisé. Les résultats qu'on a obtenus sont loin d'être satisfaisants.

Reclus dit de ce procédé qu'il est « inutile et dangereux. » Aujourd'hui cette opération est à peu près abandonnée dans le traitement de l'ophtalmie sympathique. Nous avons parlé, dans le chapitre consacré à la pathogénie, d'une observation de M. Verneuil (p. 25); le cas dont il y est fait mention avait conduit le Professeur de Paris à traiter les accidents sympathiques par la suture des paupières. Nous avons vu que le succès avait été complet: un autre cas d'ophtalmie sympathique, traité par le même procédé, eut le même résultat. M. Verneuil en conclut que la blépharorrhaphie peut rendre des services surtout au début des accidents; mais il avoue qu'il ne saurait être employé dans certaines circonstances: traumatismes avec corps étranger; ophtalmie sympathique à marche rapide.

## OBSERVATIONS.

---

### OBSERVATION I.

Recueillie dans le service de M. Serre, professeur-agrégé (inédite).

Castel, Marius, de Béziers, tonnelier, âgé de 30 ans, entre à l'hôpital Saint-Eloi le 24 mai 1882.

Rien de particulier dans l'hérédité ; un peu de scrofule (croûtes dans les cheveux, glandes au cou, etc.). Chancres mous et écoulement, pas de syphilis.

Le 14 août 1881, en rentrant chez lui, la nuit, il se heurte violemment contre les ferrures d'une porte et se crève, dit-il, l'œil gauche. A la suite de ce traumatisme, douleurs intenses dans l'œil blessé ; ces douleurs vont tous les jours en augmentant. Injection de l'organe malade. La sensation de lumière persistait ; le malade pouvait voir passer devant son œil les objets de dimensions assez grosses. Il a consulté un médecin : applications d'eau froide constantes pendant deux mois. Au bout de ce temps, pilules d'aloès, onctions d'onguent napolitain.

Peu à peu la vue diminuait et au bout de quinze jours le malade n'y voyait plus de l'œil gauche.

Vingt-huit jours après l'accident, surviennent dans l'œil droit des douleurs plus violentes que celles du côté gauche. Ces douleurs ont persisté pendant trois mois. En même temps la vue diminuait d'une façon constante de ce côté.

Aucune intervention chirurgicale n'a eu lieu.

*Etat actuel.* — L'œil gauche *traumatisé*, présente les lésions

suivantes: A la partie inférieure de la cornée, traces de la plaie produite par le choc; injection conjonctivale; le globe oculaire est atrophié; sa consistance est affaiblie. Cercle vasculaire péri-kératique. Atrésie pupillaire complète. Iris terne et décoloré. Sensations visuelles réduites à la sensation de clarté et d'ombre.

*Œil droit.* — Un peu de projection du globe. Consistance plus grande que la consistance normale; injection vasculaire plus intense qu'à gauche. Cercle péri-kératique plus marqué. L'iris, dépoli et bombé, fait saillie dans la chambre antérieure jusqu'à toucher presque à la cornée. Pupille irrégulière, très petite, insensible à l'action de la lumière. Champ pupillaire obstrué par des exsudats inflammatoires. Sensation de lumière sans distinction des objets. Pas de photophobie.

En présence de cet état grave, on propose l'énucléation au malade qui la refuse et sort le 4 juin 1882.

## OBSERVATION II.

(Inédite).

Le nommé François Carles, âgé de 37 ans, entre à l'Hôpital-Général, salle Saint-Laurent, lit n° 21, service de M. Hamelin, professeur-agrégé, au commencement de l'année 1882.

Antécédents héréditaires nuls. Rougeole à l'âge de 14 ans. Constitution robuste. A l'âge de 25 ans, lésion traumatique de l'œil gauche, causée par une paille. Fortes douleurs sur le moment, larmoiement. L'œil blessé est fortement injecté et reste dans cet état pendant cinq ou six jours. Sensation de gravier dans la paupière supérieure. Peu de temps après,

la douleur se calme, mais la vue s'affaiblit pour aboutir progressivement à la perte complète de ce sens du côté gauche.

Après un laps de temps assez considérable et que le malade évalue à cinq ans environ, l'œil droit se prend à son tour. Sensation de corps étranger et affaiblissement très lent de la vue.

Actuellement cet œil présente du larmolement; photophobie intense, cercle périkératique; décoloration de l'iris; quelques synéchies; acuité visuelle presque nulle.

Le malade accepte l'opération qui lui est proposée. L'énucléation est pratiquée à l'hôpital Saint-Eloi.

Peu à peu la vue revient dans l'œil droit, et le malade sort complètement guéri au mois de mai 1882.

### OBSERVATION III.

Communiquée par notre ami le Dr Audibert du Bourguet (inédite).

Le nommé X. est un vieillard de 81 ans, entré le 8 novembre 1881 à l'Hôtel-Dieu de Marseille, salle Mouland, lit n° 18, dans le service de M. Combalat. Il se plaint de troubles de la vue. Rien de particulier au point de vue héréditaire; l'état général est bon.

*Œil droit.* — Cataracte dure centrale.

*Œil gauche.* — Pupille nette, même à l'éclairage oblique, tremblotement de l'iris. Rien à l'ophtalmoscope.

10 novembre 1881. L'œil droit est opéré de la cataracte par le Dr Combalat; le procédé est celui de Daviel. Les deux premiers temps de l'opération s'effectuent sans incident; mais pour extraire le cristallin, l'opérateur doit recourir à la curette et au crochet, dont il se sert à plusieurs reprises.

Enfin, il amène avec la curette une cataracte dure, d'un noir-verdâtre. Il sort en même temps une très petite quantité d'humeur vitrée. Sauf cet accident, le troisième temps de l'opération se passe bien. A peine opéré, le malade, docile jusqu'alors, manifeste de l'inquiétude, de la douleur. L'opérateur fait une instillation de sulfate d'ésérine et de sulfate de zinc entre les paupières, puis il applique le pansement formé de deux tampons et d'une bande de flanelle disposée en binocle.

Dix minutes après, le chirurgien est rappelé. On vient le prévenir qu'une hémorrhagie intense s'est produite chez son malade. Le sang artériel est projeté avec force, et traverse le pansement qui est soulevé par des caillots. La perte de sang est évaluée par le D<sup>r</sup> Combalat à cent grammes environ. Par la compression, on arrête l'hémorrhagie avec beaucoup de peine.

Le soir du même jour, hémorrhagie de même nature.

Le 11 novembre, on trouve dans le pansement quelques caillots. En présence de la douleur et du gonflement de cet œil, le chef de service redoute un phlegmon. L'état général du malade est à peu près satisfaisant.

Le malade continue à être pansé de la même manière tous les jours.

Le 18 novembre, le malade se plaint de son œil gauche.

Le 19 novembre, légère injection périkeratique de cet œil, photophobie, larmoiement.

Le 20 novembre, diagnostic d'une ophtalmie sympathique à l'œil gauche. L'énucléation de l'œil droit est pratiquée.

Les jours suivants, la vue se rétablit à gauche; cet œil redevient normal, et le malade sort complètement rétabli.

OBSERVATION IV.

Publiée dans la *Gazette hebdomadaire de Montpellier*, par le Dr Bloc, chef de clinique chirurgicale.

Le nommé B., âgé de 48 ans, né à Cette, d'un tempérament lymphatique, est entré à l'hôpital Saint-Eloi, le 9 novembre 1879, pour y être traité d'un staphylôme de la cornée du volume d'un pois-chiche, demi-transparent, surtout à son centre, et présentant sur sa convexité de nombreux vaisseaux. Ce malade raconte qu'il y a 11 mois, sans cause connue, il a été atteint d'une inflammation très intense des deux yeux: l'œil droit a été rapidement guéri, mais l'affection a persisté à gauche. Le malade n'a consulté aucun médecin et s'est contenté de faire des lotions tièdes avec de la décoction de sureau ou de l'infusion de mauve: l'état de l'œil s'est aggravé de plus en plus; il s'est formé, dit-il, des trous (ulcérations) et des taches blanches (leucomes), et une des ulcérations au centre même de la cornée. En même temps la cornée devenait plus saillante et de jour en jour le staphylôme s'établissait. Dans l'espace de neuf mois, il a acquis le développement considérable qu'il présente à l'entrée du malade à l'hôpital. A ce moment, il distingue le jour de la nuit, mais il ne peut reconnaître aucun objet.

Du côté de l'œil droit, il y a quelques douleurs profondes, et une névralgie sus-orbitaire se manifeste à de rares intervalles. Examiné à l'ophtalmoscope, j'ai constaté une pigmentation du fond de l'œil et une légère congestion; la pupille est irrégulière et en forme de cœur dont la pointe, à l'image directe, regarde en bas; il n'y a pas de lésion dans la région de la macula, la vision est sensiblement normale.

En présence de cet état, le professeur Dubrueil pense qu'il y a tout avantage de faire bénéficier le malade d'une opération qui aura le double but de diminuer la pression intra-oculaire, source de douleurs profondes et peut-être plus tard d'une ophthalmie sympathique, et de rendre un peu de vision distincte au malade, en supprimant un staphylôme opaque. A cet effet, à la visite du 8 novembre, le malade étant allongé et la tête maintenue sur le coussin du docteur Galezowski, il applique sur le staphylôme la couronne moyenne du trépan du docteur Abadie, et emporte une rondelle de cornée au centre même du staphylôme : cette rondelle mesure 5 millimètres de diamètre environ et a une épaisseur de 1 millimètre et demi : on constate à sa face postérieure un vestige de synéchie antérieure de l'iris. Le cristallin est opaque ; il est enlevé

On applique immédiatement une rondelle de toile fine recouverte de coton et on fait un monocle compressif. Rien de particulier dans les premiers jours du traitement ; mais, par suite d'une négligence, la compression n'est pas faite assez exactement et le staphylôme se reproduit en partie.

Le 3 janvier 1880, trépanation à nouveau de ce nouveau staphylôme avec le même instrument. Compression exactement appliquée. Aucun accident.

A la visite du 29 janvier, on peut considérer le malade comme notablement amélioré ; il n'y a plus de tendance à la reproduction du staphylôme ; il voit passer assez distinctement la main devant son œil et peut dire le nombre des doigts ; la cicatrisation qui s'est établie au niveau de la partie trépanée est plus transparente que ne l'était la portion retranchée.

Le malade pouvait donc être considéré comme guéri, lorsque, sans cause connue, il a éprouvé de vives douleurs dans les deux yeux ; la cicatrice formée s'est rapidement ulcérée et un abcès considérable de la cornée est venu dé-

truire ce que l'on avait obtenu à grand'peine; en même temps les douleurs augmentaient dans l'œil gauche. M. le professeur Dubrueil n'a pas hésité, pour sauver cet œil à pratiquer l'énucléation de l'œil malade; cette opération a pleinement réussi et les douleurs ont cédé très rapidement dans l'œil gauche.

Nous avons examiné l'œil enlevé et nous avons trouvé une suppuration qui occupait tout le corps ciliaire et avait gagné l'hyaloïde qui était fortement épaissie.

#### OBSERVATION V.

(Publiée dans la *Gazette hebdomadaire* de Montpellier, par le docteur Bloc, chef de clinique chirurgicale).

Le nommé R..., Pierre, âgé de 73 ans, né à Murat (Cantal), entre à l'hôpital Saint-Eloi le 1<sup>er</sup> mars 1879. Cet homme est grand et fort; il n'a jamais été malade jusqu'en 1876. A cette époque, il reçut un éclat de bois sur l'œil droit et bientôt une kératite aiguë des plus graves s'ensuivit. Il se soigna fort mal; il s'établit une perforation de la cornée et une hernie considérable de l'iris; en même temps une ophtalmie sympathique se déclarait sur l'œil gauche.

Le malade ne se soigna pas: le peu de vision qui lui restait lui venait de l'œil traumatisé; le cristallin était, toutefois, à peu près opaque.

OBSERVATION VI.

(Inédite).

Le nommé Hortala, Jean, âgé de 54 ans, cultivateur, né à Cénara, domicilié à Narbonne, entre à l'hôpital Saint-Eloi, salle Saint-Eloi, lit n° 6, service de M. Dubrueil. Le malade dit avoir eu l'œil droit fendu par un morceau de bois, il y a vingt ans. Malgré le traitement qui a duré cinquante jours et que le malade ne sait indiquer, la vue est abolie de ce côté. L'œil gauche est resté bon jusqu'à ces derniers temps et le malade pouvait se livrer à ses travaux habituels. Mais il y a trente mois, la vue de l'œil gauche a commencé à faiblir et le cristallin à devenir opaque. En même temps des douleurs apparaissent au niveau de la région sourcillière droite et le malade se plaint de la région temporale gauche; de plus, il voit devant ses yeux des nuages rouges. C'est alors qu'un médecin de Narbonne, craignant, sans doute, l'ophtalmie sympathique, se décide à enlever l'œil. L'extirpation est pratiquée le 11 novembre 1881. Après cela, les douleurs et les nuages rouges disparaissent pendant quelque temps pour reparaître bientôt, quoique avec une intensité moindre qu'avant l'extirpation. Le malade entre à l'hôpital Saint-Eloi le 10 juillet 1882.

On constate l'absence de l'œil droit; l'œil gauche est cataracté et la pupille est très irrégulière. Le malade accuse de la pesanteur plutôt qu'une douleur véritable à la région sourcillière droite; douleurs intermittentes à la région temporale gauche avec blépharite ciliaire pour laquelle on ordonne, à la visite du 12 juillet, de la pommade au précipité rouge; en même temps on met de l'atropine.

Le 14 juillet, opération de la cataracte ; rien de particulier dans l'opération.

Le 22, l'aspect de l'œil est assez bon.

Les jours suivants la guérison se produit. Acuité visuelle suffisante.

## OBSERVATION VII.

Communiquée par le docteur Nicati, de Marseille ( inédite ).

Rambaldi, Michel, 58 ans, chaudronnier dans les usines de M. Labarre, se présente chez M. Nicati, pour la première fois, le 5 juin 1881. Il dit que le 2 décembre 1880 il reçut, en frappant sur une chaudière, un éclat de métal dans l'œil gauche. La vue fut presque abolie sur le champ. Deux mois après il fut pris de douleurs très violentes de cet œil et opéré alors d'iridectomie par un médecin de la ville.

Ce qui l'amène aujourd'hui, c'est que la vue de l'œil droit, conservée jusqu'alors, diminue depuis quinze jours. Depuis huit jours, cet œil est le siège de violentes douleurs.

La vision de l'œil gauche est nulle. L'œil droit peut compter les doigts à la distance de deux mètres cinquante centimètres. L'œil droit présente une cicatrice cornéenne radiée, occupant la moitié centrale d'un rayon inféro-interne; pupille artificielle en bas, cataracte, globe atrophié. A l'œil gauche, on constate des signes manifestes d'irido-cyclite.

On propose au malade l'énucléation de l'œil traumatisé comme étant sa seule chance de salut. Un médecin, consulté avant ces derniers accidents, a déjà affirmé la nécessité de cette opération. Pas de nouvelles de ce malade jusqu'au printemps de 1882. A cette époque, M. Labarre demanda à M. Nicati un certificat de l'examen fait et rapporté ci-dessus, avec indi-

cation du traitement proposé. Un mois après, le docteur Nicati fut appelé en justice, comme témoin, cité par le patron. Rambaldi qui avait reçu une indemnité très raisonnable pour la perte de son œil gauche, intentait un procès et réclamait une indemnité nouvelle, cette fois pour la perte totale de la vue. Sur l'affirmation conforme donnée par MM. les docteurs Martin et Nicati que l'œil droit aurait pu être sauvé par l'énucléation de l'œil gauche faite à temps et sur l'affirmation également conforme que le malade s'y était refusé, Rambaldi fut débouté de sa plainte (Tribunal civil de Marseille, première chambre).

Le Tribunal déclare seul responsable celui qui a refusé l'énucléation.

#### OBSERVATION VIII.

Communiquée par le Dr Nicati de Marseille ( inédite ).

Rouzier, maçon, 25 ans, se présente à la clinique le 18 décembre 1880. Pas d'antécédents particuliers; constitution robuste. L'œil gauche a été blessé trois jours auparavant par la projection d'un clou. On constate une plaie perforante à travers la cornée et la sclérotique, s'étendant dans la sclérotique de quatre millimètres environ. Enclavement de l'iris. La chambre antérieure est pleine de sang. Perception lumineuse quantitative. Repos, occlusion, obscurité. Le sang se résorbe; les symptômes de cyclite apparaissent peu prononcés. Le malade est prévenu du danger qui menace l'autre œil; il n'accepte pas l'énucléation, mais promet de se présenter aussitôt si quelque symptôme se manifestait du côté de l'œil droit.

Il revient le 7 février suivant, et accuse une diminution de

la vue, datant déjà de quelques jours. L'œil droit présente de l'iritis et une synéchie. On procède à l'énucléation de l'œil gauche, et on instille de l'atropine dans l'œil droit. Pansement antiseptique sur les deux yeux, que l'on découvre seulement après trois jours. La pupille est dilatée, et tout symptôme d'inflammation a disparu. Le malade sort entièrement guéri.

#### OBSERVATION IX.

(Inédite).

Voir page 18.

---

#### CONCLUSIONS

De tout ce qui précède, nous tirons les conclusions suivantes:

Il n'est point de théorie pathogénique qui puisse expliquer tous les cas d'ophtalmie sympathique.

Les théories qui se partagent l'avis des praticiens sont:

- 1° La théorie vaso-motrice;
- 2° La théorie de la névrite ascendante;
- 3° La théorie parasitaire de Snellen.

La plus probable est celle qui fait de l'inflammation sympathique la conséquence d'un trouble vaso-moteur auquel il faudrait ajouter une fatigue de l'accommodation et peut-être aussi une certaine prédisposition individuelle.

L'énucléation est le traitement le plus rationnel de l'ophtalmie réflexe.

L'énucléation préventive met à l'abri de tout accident sympathique.

L'énucléation curative guérit presque toujours les troubles sympathiques fonctionnels; donne beaucoup de succès dans l'irido-choroïdite séreuse;

Guérit quelquefois l'irido-choroïdite plastique.

*L'énervation*, employée préventivement, peut donner de bons résultats. C'est une méthode nouvelle qui doit encore faire ses preuves.

La connaissance exacte de la nature de l'ophtalmie sympathique pourra conduire à un traitement aussi sûr que l'énucléation, sans être toutefois aussi radical.

FIN.

Vu bon à imprimer :

*Le Doyen,*  
J. BENOIT.

Permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie,*  
Correspondant de l'Institut,  
G. CHANCEL.

Vu :

*Le Président censeur,*  
BERTIN-SANS.

---

## QUESTIONS TIRÉES AU SORT

*Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement  
en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.*

---

### ***Chimie Médicale et Pharmacie.***

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

### ***Physique Médicale.***

Des phénomènes d'endosmose chez les êtres vivants.

### ***Botanique et Histoire Naturelle Médicale.***

Exposer la structure de la sangsue.

### ***Anatomie.***

Du système artériel, considéré sous le rapport de son organisation.

### ***Anatomie pathologique et Histologie.***

De la gangrène, au point de vue de l'anatomie pathologique.

### ***Physiologie.***

De la lymphe et de ses fonctions.

***Pathologie et thérapeutique générales***

L'intoxication palustre est-elle la cause *sine quâ non* des affections morbides à quinquina?

***Pathologie Médicale ou Interne.***

De l'encéphalite et de son traitement.

***Pathologie Chirurgicale ou Externe.***

Des abcès métastatiques.

***Thérapeutique et Matière Médicale.***

Des préparations antimoniales.

***Opérations et Appareils.***

De la désarticulation du coude.

***Médecine légale et toxicologie.***

De l'empoisonnement par les champignons.

***Hygiène.***

Des moyens propres à vulgariser les notions d'hygiène.

***Accouchements.***

De la douleur de l'enfantement.

***Clinique Interne.***

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

***Clinique Externe.***

De la fièvre traumatique.

***Clinique des maladies mentales et nerveuses.***

De la lipémanie suicidique.

***Titre de la Thèse à soutenir.***

De l'ophtalmie sympathique considérée au point de vue de la pathogénie et du traitement.

## SERMENT.

---

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

---

